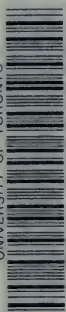
I. STOIA
H. STOIA



Reumatismul cronic în practica medicală

EDITURA MEDICALĂ

Reumatismul cronic în practica medicală

I. Stoia H. Stoia

Mr. Prof J C Graham
with best compliments –
Prof. dr Stoia
2/III/965 Bucuresti (Roumania)

Reumatismul cronic în practica medicală



Editura Medicală
București

Cuprinsul

Содержание

Contents

Page

Introducere

Lucrarea de față nu este un tratat de reumatologie, ci un ghid reumatologic, care va servi medicului să poată ajunge la un diagnostic precis și un tratament adecvat.

Există numeroase tratate de reumatologie în țară și în străinătate. Colegiul Editurii medicale, ținînd seama de necesitățile terenului, ne-a solicitat elaborarea unei lucrări care să trateze problemele reumatismului cronic în practica medicală.

Plecînd de la premisa, admisă unanim astăzi, că orice reumatism este cronic, stadiile acute sau subacute nefiind decît manifestări trecătoare, vom expune toate formele de reumatism, inflamatoare, degenerative și abarticulare, insistînd mai ales asupra formelor cronice și latente.

Schema lucrării noastre este concepută după clasificarea bolilor reumatice și de tip reumatic, elaborată de „Comisia superioară a reumatismului" a Academiei R.P.R. și Ministerului Sănătății și Prevederilor Sociale, din 2.IV.1963, la care a lucrat și unul dintre noi :

I. Boli reumatismale :

A. *Articulare și viscerale cu caracter inflamator :* 1) reumatismul Bouillaud-Sokolski ; 2) reumatismul secundar infecțios de cauză cunoscută ; 3) poliartrita cronică evolutivă (poliartrita reumatoidă) ; 4) spondilita anchilozantă (pelvispondilita).

B. *Articulare cu caracter degenerativ :* 1) atroze-poliartroze ; 2) spondiloza.

C. *Abarticulare periferice cu caracter inflamator sau degenerativ :* 1) mialgii ; 2) miozite ; 3) tendinite ; 4) tendosinovite ; 5) bursite ; 6) periartrite ; 7) nevralgii-nevrite.

II. Manifestări de tip reumatic în alte boli:

1) Alergoze; 2) colagenoze; 3) afecţiuni dismetabolice; 4) endocrinopatii; 5) psoriazis; 6) boli de sistem şi hemopatii; 7) boli neurologice; 8) osteocondropatii; 9) neoplazii; 10) boli de origine traumatică; 11) boli de origine psihică etc.

Această clasificaţie ţine seama atît de tradiţia şcolii romîneşti, cît şi de nomenclatura acceptată de „Liga internaţională contra reumatismului". Ea constituie în acelaşi timp şi o unificare de nomenclatură pentru medicii practicieni.

Vom începe expunerea noastră cu generalităţi asupra reumatismului cronic, cuprinzînd: definiţia reumatismului; anatomia patologică; etiopatogenia; examenul unui reumatic.

În partea specială, fiecare subcapitol începe cu consideraţii generale asupra afecţiunii, după care urmează o observaţie clinică sumar expusă.

Afecţiunile reumatice vor fi însoţite de exemplificări de cazuri clinice personale.

Pe cazurile descrise se vor face consideraţii practice asupra afecţiunii respective, insistînd asupra diagnosticului şi tratamentului. Vom ţine seama în conduita terapeutică de forma afecţiunii reumatice, de stadiul bolii şi de starea de reactivitate a bolnavului.

Fiecare expunere va relata şi asupra bolilor frecvent întîlnite la reumatici şi se va termina cu concluzii practice clinico-terapeutice.

Fiecare capitol va conţine radiografii personale şi schiţe.

Lucrarea noastră va privi nu numai afecţiunea reumatică, ci şi reumaticul în complexul său, pornind de la datele practice furnizate de examenul clinic al bolnavului.

Partea generală

Definiție

Prin reumatism înțelegem o serie de afecțiuni, localizate în mezenchim, în special în aparatul locomotor și cardio-vascular, avînd multipli factori etiologici, o evoluție cronică cu puseuri acute sau subacute și recidivante, care nu ajung niciodată la supurație și care sînt influențate de factorii climatici.

Evoluția și formele clinice ale reumatismului sînt în legătură cu macroorganismul, microorganismul și mediul — toate coordonate de scoarța cerebrală.

Anatomie patologică

Afecțiunile reumatismale interesează țesutul conjunctiv, mai ales al aparatului locomotor și cardio-vascular.

Aparatul locomotor este format din articulații, mușchi și tendoane.

Articulațiile pot fi împărțite în : diartroze (sau articulații mobile), pe care le întîlnim la membrele superioare și inferioare ; amfiartroze sau articulații semimobile (articulațiile dintre corpurile vertebrale) ; sinartroze sau articulații fixe, imobile (așa cum sînt suturile craniene).

Coloana vertebrală posedă articulațiile dintre corpurile vertebrale (prin intermediul discurilor intervertebrale), articulațiile interapofizare și articulațiile interspinoase. Discul intervertebral este format din două părți : inelul fibros, în lamele căruia pătrunde țesut vasculoconjunctiv și nucleul pulpos, format dintr-o substanță gelatinoasă, conținînd printre altele și acidul hialuronic.

În general o articulaţie este alcătuită din extremităţi osoase, cartilaje, sinovială, capsulă şi ligamente.

Extremităţile osoase, acoperite de cartilaj, aderă prin benzi fibroase.

În privinţa *structurii osoase* notăm că osul este alcătuit dintr-o *matrice proteică fibroasă*, la nivelul căreia au loc depuneri de săruri, din substanţe minerale şi apă.

Matricea sau pătura osteoidă, produsă de osteoblaşti, conţine mucopolizaharizi, dintre care cel mai important este acidul condroitinsulfuric. Substanţele minerale sînt reprezentate de sărurile fosfocalcice.

Ţesutul osos se află într-o continuă transformare. În sistemul osos se găseşte depozitat 99% din calciul întregului organism. Calciul este în continuă mişcare în organism, găsindu-se sub formă de calciu coloidal, ionizat şi neionizat.

În metabolismul calciului există două circuite : 1) circuitul exogen, prin intermediul căruia calciul din intestin este depus pe scheletul osos cu ajutorul vitaminei D_2 ; calciul ajuns în scheletul osos se depune pe traveele din matricea osoasă ; 2) circuitul endogen, prin intermediul căruia calciul trece de pe lamele osoase vechi pe lamele osoase noi, iar calciul ionic merge către lichidul extracelular, menţinînd calcemia în limite constante (9—11 mg%) şi asigurînd membranelor celulare cantitatea necesară pentru schimburile ionice ale calciului. Reglarea metabolismului calcic în organism este sub dependenţa mai multor factori, printre care paratiroida joacă un rol deosebit.

Există o legătură strînsă între metabolismul protidic şi cel mineral din sistemul osos, precum şi între cantitatea de ţesut osteoid şi calciu.

În procesul de osteoporoză, osul este sărac în ţesut osteoid, iar calciuria este mărită. În osteomalacie şi în boala Paget, ţesutul osteoid este în exces, iar eliminările de calciu sînt micşorate prin carenţă calcică.

Rezultă deci că diminuarea sărurilor minerale duce la osteomalacie, iar micşorarea ţesutului osteoid duce la osteoporoză.

Tulburările mineralo-proteinice din organism duc la osteopatii de carenţă şi osteoliză.

Cartilajul acoperă extremităţile osoase ; este sărac în vase. Din punct de vedere chimic, cartilajul este format din condroitinsulfaţi. Hrănirea cartilajului în partea superficială se face prin lichidul sinovial şi prin vilozităţile sinoviale, iar în partea profundă prin intermediul sistemului haversian osos. Cartilajul este primul supus degenerării, pentru că este insuficient hrănit şi îi lipseşte proprietatea de a se reface. Leziunile cartilaginoase se produc în afecţiunile inflamatoare, prin intermediul vaselor

de neoformaţie ale vilozităţilor sinoviale care contribuie la necrozarea cartilajului (panus), iar în artroze prin uzură.

În unele artroze se constată prezenţa unor *fibrocartilaje articulare marginale*, formate din ţesut conjunctivo-tendinos şi impregnate de calciu şi fibre elastice. Meniscurile şi fibrocartilajele articulare protejează articulaţiile atît la exterior, cît şi în interior ; astfel, *meniscurile* le întîlnim în interiorul articulaţiei genunchiului, iar fibrocartilajele (bureleţii marginali) înconjură articulaţia umărului.

Sinoviala articulară are o structură conjunctivă ; nu are epiteliu propriu. În interiorul sinovialei întîlnim franjuri conjunctivo-vasculare (vilozităţi sinoviale). Sinoviala poate prezenta trei tipuri anatomice : tipul fibros, tipul adipos şi tipul areolar. Primele două tipuri (fibros şi adipos) predispun mai mult la leziuni degenerative, pe cînd tipul areolar (bine vascularizat, cu vilozităţi numeroase) predispune mai ales la artrite.

Capsula articulară este formată din ţesut fibros şi un ţesut nervos bogat, care explică sensibilitatea ei deosebită ori de cîte ori este interesată într-un proces inflamator, degenerativ sau traumatic.

Între capsulă şi sinovială există un ţesut subsinovial ; acesta estc „dermul" articulaţiei, bine vascularizat ; *aici începe totdeauna procesul patologic reumatic.*

Lichidul sinovial, bogat în substanţe proteice, conţine acid hialuronic. El serveşte la hrănirea cartilajului articular şi la lubrefierea suprafeţelor articulare.

Tulburările de permeabilitate capilară stau la baza bolilor reumatismale. Permeabilitatea capilară asigură schimburile metabolice dintre sînge şi parenchimul organelor. Capilarele sanguine, împreună cu substanţa fundamentală a ţesutului colagen, formează un sistem funcţional unitar. Endoteliul capilar este aşezat pe un strat de substanţă fundamentală, format de mucopolizaharizi ; aceasta formează membrana bazală capilară de schimb. Endoteliul capilar împreună cu membrana bazală şi adventicea formează bariera hematoparenchimatoasă.

În procesele infecţioase reumatismale, toxinele microbiene acţionează asupra peretelui capilar. Leziunile artrozice reumatismale au la bază fenomene anoxice, legate de procesele de arterioscleroză.

Procesul de permeabilitate vasculară este reglat de factori umorali şi de factori nervoşi. Reilly a demonstrat că fibrele nervoase pot transmite la distanţă acţiunea lor trofică, iar şcoala sovietică consideră că bolile reumatismale sînt boli de sistem cu o patogenie infectoneurogenă sau neuroalergică, în care tul-

burările neuro-umorale influențează în mod deosebit reactivitatea imunologică.

Leziunile histopatologice interesează substanța fundamentală în compoziția căreia se găsesc mucopolizaharizi (în special acidul hialuronic și condroitinsulfuric) și glicoproteide.

În condiții normale, moleculele mari de mucopolizaharizi se unesc între ele, polimerizîndu-se ; atunci crește vîscozitatea substanței fundamentale.

În stări patologice, viscozitatea scade, iar substanța fundamentală se depolimerizează. Depolimerizarea se realizează prin intermediul unei enzime — hialuronidaza streptococică — care, scăzînd viscozitatea substanței fundamentale din pereții vasculari, lasă să pătrundă în vase diferitele substanțe toxice etc. Hialuronidaza a fost numită pentru acest motiv și „factor de difuziune".

În afecțiunile reumatismale, substanța fundamentală poate degenera. Putem avea degenerescență *mucoidă, fibrinoidă, necroză fibrinoidă* și *degenerescență amiloidă.*

Leziunea fundamentală în afecțiunile reumatismale este *degenerescența fibrinoidă.*

Histopatologic, în evoluția afecțiunilor reumatismale se pot descrie trei stadii : stadiul exsudativo-degenerativ care corespunde clinic formelor acute ; stadiul granulomatos-productiv și stadiul scleros, care corespunde formelor cronice și anchilozante.

Am amintit că în anumite condiții, substanța fundamentală își micșorează viscozitatea prin depolimerizare. Astfel, hidartroza este expresia depolimerizării substanței fundamentale din lichidul sinovial.

În condiții patologice, lichidul sinovial poate fi : seros, serofibrinos, fibrino-leucocitar și purulent.

Leziunile degenerative încep în formațiunile articulare deficitare sub raport nutritiv (cartilajul și discul).

Etiologie-patogenie

Reumatismul în general recunoaște existența a două grupe de cauze : externe și interne. Printre cauzele externe putem enumera : infecții generale, infecții de focar, infecții catarale, stări carențiale și metabolice, factori climatici (temperatură, umiditate, presiune atmosferică, cîmp electric), condiții de viață (locuință, alimentație, îmbrăcăminte), condiții de muncă (frig, umiditate, curenți de aer). Printre cauzele interne, în afară de particularitățile terenului, care explică așa-zisa „diateză alergică" sau „artritică", amintim tulburările endocrine (gonade, tiroidă, paratiroidă, hipofiză) și tulburările nervoase.

Formele de manifestare ale afecţiunilor reumatismale au contingenţă cu sexul şi vîrsta.

În ceea ce priveşte sexul amintim că spondilita anchilopoietică este mai frecventă la bărbaţii tineri, iar poliartrita cronică evolutivă la femei. În ceea ce priveşte vîrsta, boala Bouillaud-Sokolski apare mai frecvent între 10 şi 15 ani, spondilita anchilopoietică între 20 şi 40 de ani, iar reumatismul degenerativ între 50 şi 70 de ani.



După ce am expus în mod sumar anatomia patologică şi etiopatogenia afecţiunilor reumatismale trebuie să schiţăm modalitatea fixării unui diagnostic precoce şi a unui tratament adecvat formei corespunzătoare de reumatism.

Fixarea diagnosticului de reumatism implică un examen clinic, radiologic şi de laborator.

Examenul clinic priveşte organismul în totalitate, insistîndu-se cu deosebire asupra aparatului locomotor.

Se începe cu interogatoriul reumaticului, stabilindu-se antecedentele eredocolaterale şi personale, în cadrul cărora un loc aparte trebuie să-l constituie condiţiile de viaţă şi de muncă ale reumaticului.

În istoricul bolii reumatice se precizează data începerii afecţiunii şi localizarea procesului reumatic (articular, periarticular), modalitatea de debut (acut, trenant, continuu), severitatea şi persistenţa durerilor reumatice, precum şi gradul incapacităţii de muncă provocată de afecţiune.

Anamneza va trebui de asemenea să stabilească pe cît posibil cauzele care au contribuit la provocarea şi agravarea bolii reumatice, tratamentele efectuate şi rezultatele acestor tratamente.

Reumaticul trebuie să fie examinat în *pat*, în *picioare* şi în *mers*. Examenul clinic trebuie să fie completat prin analize de laborator şi examen radiologic.

Testele de laborator utilizate în reumatologie pot fi împărţite în : teste nespecifice, care apreciază tulburările inflamatoare şi cele metabolice ; examene bacteriologice şi imunologice ; probe de evidenţierea reactivităţii organismului ; examene ale lichidului sinovial şi, uneori, ale lichidului cefalo-rahidian.

Printre testele nespecifice, care evidenţiază natura inflamatoare a reumatismului notăm *viteza de sedimentare.* V.S.H. arată gradul inflamaţiei. Explicaţia V.S.H. implică factori diverşi, printre care cităm : nivelul fibrinogenului plasmatic, raportul dintre albuminele şi globulinele plasmatice, viscozitatea sanguină şi numărul eritrocitelor ; deşi V.S.H. nu este propor-

țională cu gravitatea bolii, o afecțiune reumatică nu poate fi considerată ameliorată atîta timp cît V.S.H. se menține accelerată.

Proteina C reactivă (P.C.R.) poartă și numele de proteina fazei acute, deoarece apare în sînge numai în faza activă a bolilor inflamatoare. Este mai sensibilă decît V.S.H. În reumatismul Bouillaud-Sokolski, în faza de debut, o găsim pozitivă în 95—100% din cazuri. Este direct influențată de tratament, însă reapare imediat ce boala își reia activitatea, constituind prin aceasta un indiciu important de evolutivitate a bolii.

Hemoleucograma este un test nespecific, care aduce clinicianului foloase prețioase, dacă este bine interpretată. Leucograma în formele acute ale bolii Bouillaud-Sokolski arată o leucocitoză moderată, cu neutrofilie, limfopenie relativă și monocitoză. În P.C.E. se observă o leucocitoză în stadiile precoce ale bolii și în puseurile evolutive. În cazurile cronice întîlnim limfocitoză cu devierea formulei spre stînga. Eozinofilia este un semn de prognostic sever.

Creșterea fibrinogenului nu este în legătură cu gravitatea bolii ; se normalizează sub influența tratamentului. În recidivele reumatice, fibrinogenul pare să crească de multe ori mai precoce decît V.S.H.

În reumatismul Bouillaud-Sokolski, P.C.E. și anumite colagenoze, proteinele plasmatice totale rămîn la un nivel normal (6—8 g%). Importantă în reumatologie este *electroforeza pe hîrtie.* În procesele exsudative și necrotice, reumatice cresc α-globulinele, în cele exsudative și productive cresc α și γ-globulinele, iar în procesele productive cu fibroză cresc numai γ-globulinele. Electroforeza este utilă mai mult în urmărirea evoluției bolii în timpul tratamentului.

Glicoproteidele prezintă o utilitate deosebită în bolile reumatismale, în special cînd se determină raportul dintre polizaharidele legate de proteine și proteinele totale. Valoarea normală a acestui raport este 1,76. Raportul crește în puseul acut al bolii Bouillaud-Sokolski. Se pare că există o corelație strînsă între aspectul clinic al bolii și nivelul glicoproteidelor. Normalizarea glicoproteidelor, în urma tratamentului, este mai tardivă decît a V.S.H. Unii consideră că glicoproteidele constituie un test mai fidel al inflamației decît V.S.H. Deoarece creșterea lor este direct proporțional cu gravitatea bolii, glucidograma dă informații mai precise decît proteinograma.

Mai importantă decît dozarea glicoproteinelor totale este dozarea seromucoidelor, al căror nivel este direct proporțional cu dezintegrarea substanței fundamentale a țesutului conjunctiv.

Ele constituie fracţiunea cea mai bogată în polizaharide şi în glicoproteide.

Seromucoidele au 2 fracţiuni : seromucoidele α_1 şi seromucoidele α_2 sau haptoglobulina. Seromucoidele acide α_1 sau orosomucoidele cresc în boala Bouillaud-Sokolski şi în perioada activă a P.C.E. Seromucoidele α_2 sau haptoglobulina cresc în puseul acut al bolii Bouillaud-Sokolski, ca şi în P.C.E.

Imunoelectroforeza oferă detalii calitative şi cantitative mai mari faţă de electroforeza pe hîrtie şi glucidograma. Cu ajutorul imunoelectroforezei s-a reuşit să se cunoască mai bine modificările proteinelor plasmatice, care au loc în evoluţia bolilor reumatismale, ca şi efectele terapeutice.

Testele de disproteinemie pot fi utile şi în afecţiunile reumatismale. Datele furnizate de ele sînt concordante cu cele obţinute prin electroforeză. Testele care se aplică mai frecvent sînt : testul Kunkel cu SO_4Zn, testul Kunkel cu fenol, testul Martin şi Badin cu cetabol pentru cercetarea seromucoidelor, reacţia Takata-Baumann ; testul Wunderly cu SO_4Cd, reacţia Gros cu clorura mercurică, testul de turbiditate al timolului, banda de coagulare Weltmann etc. Dintre acestea, „Centrul de reumatologie“ aplică mai frecvent reacţia timol, testul Kunkel cu SO_4Zn, banda de coagulare Weltmann.

O serie de alte teste nespecifice, care au însă unele nuanţe caracteristice în bolile reumatismale şi sînt în legătură şi cu tulburările de metabolism, privesc dozarea în sîngele reumaticilor a natriului, calciului, kaliului, fierului, cuprului, creatinei, creatininei, acidului uric şi fosfatazei alcaline.

Testele bacteriologice, mai ales pentru streptococul β-hemolitic, au un rol important în etiologia bolilor reumatismale. În perioada puseului acut al bolii Bouillaud-Sokolski, după 10—20 de zile de la infecţia streptococică, culturile sînt rar pozitive. Reşutele anginoase în Bouillaud-Sokolski pot fi produse şi de alţi streptococi hemolitici.

Reacţiile imunologice constituie semne tardive, retrospective, umorale ale unor infecţii streptococice.

Reacţia ASLO apare la 2—3 săptămîni, după o infecţie streptococică evidentă, ajungînd la un titru maxim între a 3-a şi a 5-a săptămînă. Scăderea titrului sub 200 u. ne arată că infecţia streptococică este actualmente stinsă. La persoanele la care infecţia streptococică este urmată de un puseu de reumatism Bouillaud-Sokolski, titrul ASLO urcă şi mai mult decît la bolnavii cu infecţie streptococică, care nu fac boala Bouillaud-Sokolski ; astfel titrul poate să crească pînă la 2 500 u. însă mai frecvent îl întîlnim în jurul a 600 u.

Testele pentru depistarea *factorului reumatoid* în P.C.E. contribuie la precizarea diagnosticului în formele precoce şi atipice ale afecţiunii. Astfel, testul de fixare a latexului are la bază un proces de aglutinare între factorul reumatoid, prezent în serul bolnavului, şi γ-globulina umană sau bovină, cu care în prealabil se învelesc particulele inerte de latex. Un alt test utilizat pentru evidenţierea factorului reumatoid este testul de hemaglutinare cunoscut sub numele de Waaler-Rose. În cadrul „Centrului de reumatologie“ se execută adesea testul de aglutinoinhibare, după tehnica originală a lui Ziff. Acest test se bazează pe inhibarea factorului reumatoid existent într-un ser de P.C.E. în prealabil cunoscut. Interpretarea datelor de laborator trebuie coroborată cu elementele examenului clinic. În concordanţă cu această atitudine, I. Stoia şi P. Rîmneanţu stabilesc că, în cazurile cînd simptomele clinice sînt discrete, pozitivitatea reacţiilor care evidenţiază factorul reumatoid ne îndrituește să fixăm un diagnostic precoce de P.C.E. ; dacă simptomele clinice nu sînt concludente, iar probele de laborator sînt negative, diagnosticul de P.C.E. nu poate fi acceptat. Este important totuşi să subliniem că negativitatea probelor de laborator nu exclude diagnosticul de P.C.E., cînd simptomele clinice şi radiologice pledează pentru această boală. Diagnosticul de P.C.E. se afirmă cu şi mai multă tărie, atunci cînd, pe lîngă pozitivitatea testelor care evidenţiază prezenţa factorului reumatoid, găsim o V.S.H. mărită la bolnavi la care nu se decelează o infecţie de focar, dar care au dureri reumatice persistente.

Printre bolile de colagen, care dispun de teste de laborator importante, notăm lupusul eritematos diseminat. În evoluţia acestei boli adesea putem pune în evidenţă celule LE, descrise de Hargraves, în sîngele periferic şi în măduva osoasă.

Examenul lichidului cefalorahidian şi al lichidului sinovial ne furnizează date utile atît pentru stabilirea diagnosticului, cît şi a evolutivităţii bolii.

Examenul radiologic, prin intermediul radiografiilor făcute în diferite incidenţe, ne este de mare ajutor în punerea diagnosticului. Radiografia ne este utilă atît pentru precizarea formelor precoce ale diferitelor boli reumatismale, cît şi pentru precizarea stadiului lor evolutiv. Prin radiografii ne dăm seama dacă ne găsim în faţa unei artrite sau a unei artroze, dacă la nivelul oaselor există un proces de osteoporoză sau osteoscleroză. De asemenea, examenul radiologic ne ajută să diferenţiem afecţiunile reumatismale de alte afecţiuni ale aparatului locomotor.

Elementele examenului radiologic vor fi detaliate, în cadrul fiecărei afecţiuni reumatismale în parte.

Sumînd simptomele clinice, testele de laborator şi examenele radiologice, prin diagnostic pozitiv şi diagnostic diferenţial, ajungem la un diagnostic precis de afecţiune reumatismală.

Terapia unei boli reumatice implică o strictă individualizare. Din acest punct de vedere trebuie precizat că medicul nu tratează boli reumatice, ci tratează reumatici.

O dată stabilit diagnosticul de afecţiune reumatismală este necesar să precizăm : forma pe care o îmbracă această afecţiune ; stadiul evolutiv al ei ; existenţa unor eventuale complicaţii ; existenţa unor boli asociate (pulmonare, digestive, renale, nervoase etc.).

Deosebit de important este să se precizeze dacă manifestările care nu privesc aparatul locomotor (digestive, pulmonare, renale etc.) reprezintă o formă atipică de debut a bolii reumatice, o complicaţie în evoluţia ei, sau o boală asociată.

Pentru precizarea diagnosticului la patul bolnavului, în afecţiunile reumatismale, noi recomandăm o gîndire anatomoclinică şi plurietiologică.

Gîndirea anatomoclinică facilitează diagnosticul afecţiunii şi stadiul evolutiv, iar descoperirea cauzelor ne fundamentează bazele tratamentului.

Exemplificăm acestea cu bolnava M. V., în vîrstă de 53 de ani, cu hidartroză. Diagnosticul de artroză cu hidartroza genunchiului este un diagnostic anatomoclinic. Clinica ne-a dat simptomele şi semnele artrozei. Anatomicul ne-a dat stadiul — în cazul de faţă stadiul exsudativ al artrozei — adică o complicaţie a artrozei genunchiului.

Ca să facem un tratament precis trebuie să precizăm cauzele, care au produs artroza şi complicaţia ei. Din foaia de observaţie reiese că bolnava este la menopauză, are hipercolesterolemie şi hiperuricemie. În acelaşi timp, ea are multiple focare de infecţie (dentare, colecistic, cistic).

Dacă ne-am fi mulţumit cu diagnosticul de artroză în stadiul de hidartroză şi am fi făcut un tratament simptomatic, medicamentos şi fizioterapic, rezultatele ar fi fost cel mult parţiale. Dacă însă căutăm şi cauzele care au favorizat şi activat această artroză (hipercolesterolemia, hiperuricemia, menopauza şi infecţiile de focar) şi le vom trata, rezultatele vor fi mult superioare.

Această conduită clinico-terapeutică, la căpătîiul bolnavului, ne-a dat rezultatele cele mai bune.

Ajunşi la un diagnostic precis, tratamentul trebuie individualizat, ţinînd cont de forma şi stadiul bolii ; el trebuie să fie complex şi complet.

Tratamentul acesta va fi igieno-dietetic, medicamentos, hidrofizioterapic, balnear şi ortopedico-chirurgical.

Vom aminti foarte sumar de tratamentul fizioterapic, balnear şi ortopedic, întrucît detaliile acestor tratamente vor fi prezentate la expunerea tratamentului fiecărei afecţiuni reumatice în parte.

Afecţiunile reumatismale utilizează o serie de curenţi electrici în terapeutica lor. Din punctul de vedere al frecvenţei, aceşti curenţi pot fi : de joasă frecvenţă (curenţi exponenţiali, diadinamici şi interferenţiali), cu efecte sedative ; curenţi de frecvenţă mijlocie (miodinafluxul, vectodinafluxul), curenţi alternativi sinusoidali, cu acţiune analgezică şi excitomotorie ; curenţi de înaltă frecvenţă (diatermie, ultrascurte, microunde), cu acţiune sedativă şi antiinflamatoare. În reumatologie se mai utilizează curenţi galvanici (cu acţiune sedativă, analgezică, vasodilatatoare şi hiperemiantă), curenţi faradici (care măresc excitabilitatea neuro-musculară şi combat astfel atrofiile musculare), ultrasunetele (care produc hiperemie şi căldură profundă) şi fototerapia (solux, ultraviolete, băi de lumină).

Este de mare importanţă ca reumatologul să prescrie corect fizioterapia, după forma, stadiul şi starea de reactivitate a bolnavului.

În partea specială vom expune bolile reumatismale propriu-zise şi manifestările de tip reumatic din cadrul altor boli. Fiecare boală reumatismală sau manifestare de tip reumatic din cadrul altei boli va începe cu un mic rezumat (un *memento*) al bolii, cuprinzînd doar elementele ce interesează din punct de vedere practic ; apoi vom expune cazuri clinice luate din practica noastră medicală, vom discuta fiecare caz, cu scopul de a preciza diagnosticul şi de a fixa tratamentul corespunzător. În plus, fiecare capitol va conţine boli asociate şi complicaţii.

Partea specială

I. Bolile reumatismale

A. Bolile reumatismale articulare şi viscerale cu caracter inflamator

1. Boala Bouillaud-Sokolski

Boala Bouillaud-Sokolski este cea mai frecventă cauză a îmbolnăvirilor cardiace sub vîrsta de 40 de ani, reprezentînd prin aceasta un pericol pentru tineret. Ea constituie afecţiunea reumatismală cea mai frecvent întîlnită la copil. Diagnosticul ei în stadiul incipient reprezintă una dintre problemele grele de clinică infantilă. Afecţiunea se întîlneşte însă destul de frecvent şi la adulţi.

Medicii, în general, socotesc orice reumatism poliarticular acut sau subacut boală Bouillaud-Sokolski. Dacă pînă la vîrsta de 15 ani, 90% dintre poliartritele acute sînt reprezentate de boala Bouillaud-Sokolski, peste această vîrstă, multiplele forme de poliartrite acute şi subacute recunosc şi alte cauze.

Diagnosticul diferenţial de debut în boala Bouillaud-Sokolski devine dificil, cînd afecţiunea îmbracă forme atipice.

Boala Bouillaud-Sokolski nu este numai o afecţiune articulară, însoţită sau nu de atingerea inimii, ci şi o afecţiune generală de sistem, care prin extinderea la cele mai variate ţesuturi de origine mezenchimală îmbracă un aspect multiform (I. Nicolau, N. Ghiţă şi colab.).

Manifestările bolii la adult şi copil nu prezintă deosebiri fundamentale din punct de vedere anatomopatologic, caracterul esenţial fiind şi într-un caz şi în altul granulomul Aschoff-Talalaev ; la copil însă, reacţia mezenchimală este mai promptă, mai intensă şi mai extinsă, atingînd de predilecţie aparatul cardio-vascular, pe cînd la adult ea interesează în special aparatul locomotor.

În privința etiologiei bolii Bouillaud-Sokolski (atît de mult discutată), noi sîntem de acord cu majoritatea autorilor care consideră boala ca fiind o infectoalergie streptococică. N. Gh. Lupu și V. Ciobanu susțin și rolul favorizant al alergiei tuberculoase față de alergia streptococică, iar alți autori susțin asocierea la infecția streptococică a unei infecții virotice. Infecția provocată de streptococul β-hemolitic din grupul A determină numai în 3% din cazuri boala Bouillaud-Sokolski, fapt care dovedește că în apariția acestei boli intervine și o reactivitate imunologică individuală.



Fig. 1. — Nodul Aschoff-Talalaev.

Ipoteza alergiei streptococice se bazează pe argumente clinice, biologice, anatomice și experimentale.

Este dovedit că glandele endocrine și sistemul nervos iau parte la declanșarea și evoluția acestei boli.

Leziunea specifică proliferativă în această afecțiune este reprezentată de granulomul Aschoff-Talalaev. Pe lîngă această leziune specifică există și leziuni nespecifice, exsudativo-proliferative, noduli reumatici tip Meynet cu necroză fibrinoidă, iar în faza tardivă scleroză sau cicatrice.

Diagnosticul bolii se fixează pe baza unor semne majore și minore. El este dificil în stadiul de debut, deoarece simptomele sînt uneori foarte discrete și greu de interpretat.

Pentru a face un diagnostic cît mai precoce este necesar să nu ne îndepărtăm gîndul de la această boală, să ne facem un reflex mintal („reflexul reumatism", cum îl numește pe drept cuvînt Păunescu-Podeanu).

Dacă poliartrita, cardita, coreea, nodulii subcutanați, eritemul marginal, recidivele sînt socotite semne majore, mai ales la copii, manifestările generale minore ca paloarea, astenia, anorexia, transpirația, epistaxisul și febra nu pot fi neglijate, mai ales la copiii mici.

Caracterele care diferenţiază manifestarea afecţiunii la adult faţă de copil sînt : evoluţia articulară mai prelungită şi mai tenace, prinderea inimii într-o proporţie mai mică (25% din cazuri), evoluţia mai benignă, răspunsul mai dificil la tratamentul salicilic şi hormonal. La adulţi, intervalul dintre debutul amigdalitei şi apariţia poliartritei este mai mare, ajungînd uneori pînă la 30 de zile.

În studiul clinic al acestei boli trebuie să ţinem cont de faptul că atacul acut poate începe brusc sau lent, că durerile articulare la copii lipsesc în 40% din cazuri şi sînt mobile ; cînd există, atît la adulţi, cît şi la copiii mari, boala prinde mai multe articulaţii (mai ales articulaţiile mari ale membrelor inferioare).

În forma nervoasă (coreea), cardita este mai puţin evidentă. Prinderea inimii este mai frecventă în formele abarticulare, iar leziunile congenitale cardiace ar favoriza grefarea reumatismului.

Debutul carditei reumatismale se produce între a 5-a şi a 15-a zi de la debutul atacului acut, manifestîndu-se prin : endocardită cu miocardită, miocardită, pericardită cu miocardită sau pancardită.

Cardita reumatismală cu miocardită se manifestă clinic prin: tahicardie, uneori bradicardie sau extrasistolie, asurzirea zgomotelor inimii, suflu sistolic la mitrală, hipotensiune. Ca semne electrocardiografice putem întîlni unda *P* bifidă, difazică sau negativă, alungirea spaţiului *P—Q*, bloc de arborizaţie, unda *T* difazică.

Endocardita la copii o întîlnim în 81% din cazuri, exteriorizîndu-se clinic prin simptome subiective (palpitaţii, dureri precordiale) şi semne obiective (puls accelerat, paloarea tegumentelor şi asurzirea zgomotelor cardiace).

Suflul diastolic în focarul aortic precizează diagnosticul de insuficienţă aortică, iar uruitura diastolică în focarul mitral indică existenţa unei stenoze mitrale.

Pericardita se manifestă clinic prin dureri precordiale, dispnee, recrudescenţa febrei, tahicardie, frecătură pericardică ; la examenul radiologic se pune în evidenţă o imagine caracteristică pentru existenţa lichidului în pericard.

Tulburările vasculare pot constitui un semn de debut, mai ales la copii, ele explicînd transpiraţiile, paloarea extremităţilor şi paresteziile. A. Moga, R. Popa, V. Gligore şi V. Papilian au arătat că în boala Bouillaud-Sokolski se pot întîlni leziuni asemănătoare celor din periarterita nodoasă.

Ca manifestări cutanate întîlnim frecvent eritem nodos, eritem marginal, eritem polimorf, purpură, nodozităţi (nodozităţile Meynet).

În afară de coree, ca manifestări nervoase şi psihice se mai pot întîlni nevralgii (Păunescu-Podeanu), nevrite, schimbări în caracterul bolnavilor, encefalopatii trecătoare, accese epileptiforme şi psihoze hipoxemice, mai ales la invalizii cu stenoză mitrală.

Manifestările viscerale pot fi pleuro-pulmonare (pleurezii, pneumonii — N. Ghiţă şi colab.), digestive (diaree, peritonite, pseudoapendicite — N. Grigore şi colab.; colecistite, hepatite — I. Stoia etc.), celulo-miozitice (C. Zamfir şi V. Ciobanu), oculare (irite, episclerite, coroidite), endocrine (tiroidite, orhite), renale (glomerulonefrite acute) etc.

Testele de laborator, utilizate în mod obişnuit sînt hemograma (anemie şi leucocitoză moderată), V.S.H. (mărită), hiperfibrinemia, creşterea globulinelor şi scăderea albuminelor, proteina C reactivă mărită, antistreptolizina O mărită (care nu este specifică pentru boala Bouillaud-Sokolski, ci indică o infecţie streptococică).

Printre formele clinice ale bolii Bouillaud-Sokolski amintim : 1) forma latentă, descrisă de sovietici, care apare la copii sub 5 ani, manifestată prin scăderea ponderală, paloarea tegumentelor, astenie, anorexie, algii (mai ales la genunchi), V.S.H. uşor mărită, uneori stări subfebrile ; 2) forma cardio-articulară ; 3) forma cardiacă pură ; 4) forma articulară pură ; 5) forma nervoasă ; 6) forma viscerală (tifică, pleuro-pulmonară) ; 7) formele abarticulare, larvate, nervoase, pulmonare şi pseudotuberculoase descrise de Păunescu-Podeanu.

Pentru diagnostic pozitiv reţinem următoarele semne principale : manifestări articulare, cardiace, coreea, eritemul inelar, noduli reumatici, existenţa unei angine în trecut, probe de laborator pozitive, recidive reumatice.

Diagnosticul diferenţial se poate face cu : 1) reumatismul subacut, care apare mai frecvent între 30 şi 40 de ani, prinde mai ales articulaţiile medio-tarsiene, genunchii, coatele ; inima este normală, iar ASLO uşor mărit ; 2) reumatismul postanginos, care se caracterizează prin absenţa carditei ; prinde mai ales articulaţiile membrelor inferioare, lasă sechele (picior plat, echin); este mai mult oligo-articular ; 3) manifestările articulare care apar în cursul eritemului nodos ; 4) P.C.E. cu debut poliarticular (P.C.E. nu începe cu angină, nu prinde inima, se localizează mai frecvent la degete); 5) spondilita periferică, care apare mai ales la bărbaţii tineri, fără leziuni cardiace ; se prind în mod persistent doar 1—2 articulaţii ; 6) guta poliarticulară

(apare mai ales la bărbaţii obezi, cu hiperuricemie); 7) artrozele activate apar mai ales la menopauză, la persoanele cu noduli Heberden ; 8) reumatismul palindromic (nu prinde inima, se repetă continuu, prinde mai ales genunchii şi pumnii); 9) reumatismele secundare : postdizenterice, catarale, gonococice, prin infecţie de focar, Poncet ; 10) artralgiile din hepatita epidemică (sînt însoţite de tulburări digestive, nu reacţionează la salicilat, durerile dispar o dată cu apariţia icterului); 11) poliartrita bruceloziсă manifestată prin artralgii, febră ondulantă şi transpiraţii ; 12) artralgiile din luesul secundar ; 13) artralgiile din limfogranulomatoză ; 14) boala Reiter (caracterizată prin artrită, uretrită şi conjunctivită); 15) reumatismul postscarlatinos, care apare mai ales între 16 şi 18 ani ; 16) reumatismul colibacilar şi din colita ulceroasă ; 17) artritele din colagenoze (lupus eritematos diseminat, periarterita nodoasă, sclerodermia, dermatomiozita); 18) boala Whipple, caracterizată prin poliartrită, febră şi steatoree ; 19) boala periodică, care apare mai frecvent la mediteranieni, fiind caracterizată prin poliartrită, febră şi crize abdominale ; 20) la copii între 13 şi 15 ani, o poliartrită febrilă, saliciIorezistentă, trebuie să ne atragă atenţia asupra posibilităţii durerilor generate de creşterea epifizelor.

Tratamentul în boala Bouillaud-Sokolski este profilactic şi curativ.

Profilaxia, la rîndul ei, poate fi împărţită în : 1) profilaxia primară a bolii ; 2) profilaxia secundară a recidivelor ; 3) profilaxia persoanelor predispuse la această afecţiune.

În profilaxia primară, tratamentul trebuie început în primele 2 zile ale infecţiei streptococice şi să dureze cel puţin 10 zile. Se administrează penicilină 1 000 000 u./zi la adult, 600 000 u./zi la copil în injecţii, iar pe cale bucală, doza este de 4 ori/zi cîte 100 000 u. la copii şi 200 000 u. la adulţi.

Profilaxia recidivelor cu penicilină se face cel puţin 5 ani. Noi dăm penicilină-retard la 5 zile.

Profilaxia persoanelor predispuse la această îmbolnăvire, adică a celor cu reactivitate mărită, are de scop să normalizeze reactivitatea lor imunologică alterată. Se va mări rezistenţa organismului prin vitaminoterapie, viaţă în aer liber şi sport.

Afară de tratamentul antistreptococic se administrează şi o medicaţie antialergică şi antiflogistică : saliciloterapie, corticoterapie sau saliciloterapie asociată cu corticoterapie. Unii înlocuiesc salicilatul cu aspirină, piramidon sau fenilbutazonă. Fenilbutazona dă efecte prompte în pericardită.

Repausul la pat are o mare importanţă pentru reuşita tratamentului. Nu se recomandă corticoterapia în timpul infecţiei streptococice ; în această perioadă există în organism o bacterie-

mie, fapt pentru care nu se indică nici asanarea focarelor de infecţie. O amigdalectomie sau o extracţie dentară ar putea declanşa o endocardită bacteriană.

Reumaticii cu endocardită trebuie să evite staţiunile climaterice expuse la vînturi ; la mare trebuie să meargă numai vara, cînd este cald şi uscat şi să nu facă băi reci în mare. Păunescu-Podeanu a observat că schimbările atmosferice pot să influenţeze defavorabil atacurile acute reumatismale.

Bolnavii cu reumocardită trebuie să fie îndreptaţi spre anumite profesiuni : legători de cărţi, funcţionari de birou, desenatori, croitori, droghişti, bărbieri, laboranţi, pictori de firme.

Toate cazurile de boală Bouillaud-Sokolski trebuie obligatoriu anunţate şi luate în evidenţă.

În tratamentul curativo-profilactic al reumaticilor trebuie să urmărim bolnavul, în staţionar, în sanatoriu de postcură, sau prin dispensarizare.

Tratamentul spitalicesc trebuie să fie perseverent şi îndelungat, pînă la dispariţia simptomelor de reumocardită activă şi completa refacere a bolnavului. S-a observat că majoritatea bolnavilor pleacă din spital incomplet restabiliţi, fapt care constituie cauza recidivelor.

În ceea ce priveşte tratamentul balnear în boala Bouillaud-Sokolski, noi recomandăm marea la persoanele areactive la cel puţin 8 luni de zile de la ultima recidivă, sub supraveghere medicală ; bolnavii pot face băi de ghiol, soare şi nămol rece. Putem indica şi băile Victoria.

Nu vom trimite la băi reumatici cardiaci, care au avut în trecut decompensări sau care au leziuni cardiace active.

Terminăm acest capitol cu următoarele noţiuni pe care este bine să le reţinem : 1) reumatismul Bouillaud-Sokolski este nu numai o boală a copilului, ci şi a adultului ; 2) dacă o dată cu apariţia coreei nu apar leziuni cardiace evidente s-a dovedit că apar mult mai tardiv ; 3) coronarita reumatică este rară ; apare la tineri înainte de 20 de ani, care nu au antecedente reumatice, caracterizîndu-se prin angor, tahicardie, modificări ECG, ASLO, V.S.H. şi fibrinemie mărite ; reacţionează la salicilat. S-au descris şi infarcte miocardice de natură reumatică ; 4) pericardita apare la copii într-o proporţie de 10—20%, la adulţi în 3% ; 5) reumocardita a scăzut în general ca frecvenţă şi gravitate, a crescut frecvenţa ei însă sub vîrsta de 5 ani ; 6) glomerulonefrita este o complicaţie rară (4,8%) şi benignă ; poate evolua simultan cu endocardita, se vindecă în general, rămînînd leziunea endocardică. Glomerulonefrita în boala Bouillaud-Sokolski are aceeaşi etiologie (streptococică), dar streptococii aici sînt de tip 12 sau 14, care n-au afinitate nici pentru endocard, nici

pentru articulații ; așa se explică raritatea ei ; reacționează bine la corticoterapie asociată cu penicilină ; 7) tiroidita sau tireotoxicoza. Atacul sau recidivele bolii Bouillaud-Sokolski, cînd ea este asociată cu boala Basedow, sînt mult mai grave ; 8) recidivele sînt mai frecvente la cei tratați prin corticoterapie decît la cei tratați prin salicilat ; 9) riscul recidivelor este mai mare la cei tratați prin hormoni corticoizi pe o perioadă lungă decît la cei tratați pe o perioadă scurtă ; 10) reumatismul latent cu determinări cardiace este o realitate, însă diagnosticul localizării cardiace se face de regulă tardiv. Între recidive, cu toate că clinic și biologic bolnavul pare normalizat, trebuie supravegheat și tratat ; 11) în 6%, boala Bouillaud-Sokolski se poate croniciza : a) poate să îmbrace alura de poliartrită subacută, exsudativă, febrilă, prelungită luni de zile, cu reumocardită floridă ; b) poate îmbrăca forma de poliartrită fibrozantă fără semne inflamatoare, cu tendința spre anchiloze, fără visceralizare, cu V.S.H. și ASLO normale ; c) poate da simptome reumatice funcționale, manifestate prin artralgii, mialgii, nevralgii, fără leziuni obiective și care apar după schimbări de temperatură, infecții sau oboseală ; ultimele două forme apar mai mult la adulți ; 12) leziunile cardiace sînt în corelație cu leziunile cerebrale. Uneori (20% din cazuri), la copiii cu reumocardită, se găsește EEG anormală, fără simptome corespunzătoare clinice cerebrale. Aceste alterații decelate prin EEG au persistat cîteodată ani de zile după terminarea bolii. De asemenea se poate constata cîteodată, în puseul acut al bolii, hipertensiunea lichidului cerebro-rahidian, cu creșterea albuminorahiei, globulinorahiei și a numărului celulelor ; 13) în cursul bolii Bouillaud-Sokolski trebuie examinat în mod amănunțit plămînul, deoarece se poate întîlni în 15—18% din cazuri pleurezii, pneumopatii, infiltrații limfocitare, scleroză bronho-pulmonară etc.

De la început am anunțat că ne vom ocupa în lucrarea noastră de afecțiunile asociate bolii reumatismale. De exemplu să presupunem că avem în fața noastră un bolnav cu boala Bouillaud-Sokolski și care mai are, în afară de afecțiunea articulară și cardiacă, și o gastrită, tulburări hepatice, bronșită și fenomene de nefrită. În aceste cazuri sîntem datori să clarificăm dacă manifestările digestive reprezintă o formă de debut a bolii Bouillaud-Sokolski, dacă sînt o complicație în evoluția bolii sau dacă este vorba de o afecțiune asociată, precizînd în același timp momentul cînd a apărut față de debutul afecțiunii reumatismale. Conduita terapeutică este diferită în cazul unei complicații digestive în boala Bouillaud-Sokolski, cînd se va ține cont atît de terapia afecțiunii de bază, cît și de cea a complicației (dietă, tratament medicamentos). Evident, tratamentul este altul

cînd tratăm manifestarea digestivă care constituie o asociere în cadrul afecţiunii reumatice.

După ce am expus atitudinea terapeutică a medicului faţă de boală vom aminti sumar afecţiunile asociate, pe care le întîlnim în boala Bouillaud-Sokolski şi care nu trebuie considerate drept complicaţii ale acestei afecţiuni.

Bolile asociate cu boala Bouillaud-Sokolski mai frecvent întîlnite sînt următoarele : *colicistita calculoasă* care, de regulă, ne împiedică să facem un tratament cu hormoni corticoizi şi salicilat, măreşte tulburările digestive şi agravează în acelaşi timp afecţiunea de bază care este redeşteptată prin puseurile repetate de colecistită ; unele cazuri pot ajunge curînd la o insuficienţă cardiacă. Într-un caz al nostru, angiocolecistita calculoasă a produs exitusul bolnavului. Cînd sîntem în situaţia aceasta trebuie cît mai precoce să tratăm nu numai afecţiunea de bază, dar şi boala asociată.

Am întîlnit reumatism Bouillaud-Sokolski asociat cu *psoriazis*. Problemele puse de această asociere au fost : psoriazisul poate să agraveze afecţiunea de bază ? tratamentul psoriazisului poate să fie nociv pentru reumatici ? algiile persistente din reumatismul Bouillaud-Sokolski ţin de psoriazis sau de afecţiunea reumatismală ? Am ajuns la diagnosticul de boală Bouillaud-Sokolski cu reumocardită, asociată cu artropatie psoriazică.

Persistenţa durerilor, ineficacitatea tratamentului antireumatic şi artropatiile cronice existente ne-au pus pe calea diagnosticului de dureri prin artropatii psoriazice.

Hormonoterapia corticosuprarenală în doze mici (Triamcinolon) ne-a dat rezultatele cele mai bune cînd am asociat-o cu tratamentul dermatologic al psoriazisului şi cu radioterapia în doze antiinflamatoare.

Am întîlnit uneori în reumatismul Bouillaud-Sokolski cu reumocardită, apariţia intercurentă a unei *hepatite epidemice*. Aici greutatea a apărut de la început : artralgiile accentuate, însoţite de tulburări digestive, pot fi confundate cu o reşută a bolii Bouillaud-Sokolski, forma digestivă. Intoleranţa la salicilat şi persistenţa durerilor, precum şi apariţia icterului ne-a pus pe calea diagnosticului. Corticoterapia, pe cale parenterală, ne-a dat rezultate bune ; totuşi, apariţia unei boli asociate (hepatita epidemică) a activat boala de bază, bolnavul rămînînd cu două afecţiuni (Bouillaud-Sokolski şi hepatita cronică), care trebuie tratate continuu şi cu multă prudenţă.

Dacă reumatismul Bouillaud-Sokolski poate în 15—18% din cazuri să se complice cu afecţiuni pulmonare, el poate în acelaşi timp să se asocieze şi cu *boli pulmonare* acute şi cronice. Bolile pulmonare acute servesc ca *stress* de activare a bolii de bază.

Trebuie rapid diagnosticate şi tratate cu antibiotice şi cu repaus la pat. Bolile pulmonare cronice, asociate cu reumatismul Bouillaud-Sokolski pot agrava afecţiunea primară [de exemplu tuberculoza pulmonară neglijată poate duce la insuficienţă cardiacă (cord pulmonar) ; în acest caz trebuie tratate ambele afecţiuni, timp îndelungat].

De asemenea am întîlnit boala Bouillaud-Sokolski asociată cu *colita muco-membranoasă.* Starea bolnavului s-a agravat prin denutriţie din cauza colitei muco-membranoase şi afecţiunea reumatismală s-a activat prin imposibilitatea unui tratament *per os* (salicilat, aspirină, cortizon).

Apariţia unei *colite ulceroase* în evoluţia bolii Bouillaud-Sokolski implică un prognostic rezervat. Bolnavul trebuie supravegheat continuu. Corticoterapia în doze moderate ne dă rezultate îmbucurătoare temporare.

O *afectare colibacilară* simplă a căilor urinare poate constitui o asociere serioasă în cursul reumatismului Bouillaud-Sokolski şi trebuie tratată de la început şi persistent, ca să evităm asocierea afecţiunii reumatice cu o insuficienţă renală gravă, produsă printr-o pielonefrită colibacilară. Asocierea *pielonefritei,* mai ales în timpul sarcinii, la o persoană cu cardiopatie reumatismală, prezintă un prognostic serios. Sarcina trebuie întreruptă în acest caz, iar ambele afecţiuni trebuie tratate concomitent.

Tulburările endocrine (ovariene, tiroidiene, hipofizare, sau suprarenale) constituie un factor de agravare care apare în cursul reumatismului Bouillaud-Sokolski.

Chiar infecţiile genitale la femei cu cardiopatii reumatismale pot agrava afecţiunea de bază.

Tot ca boli asociate, întîlnite în puseul Bouillaud-Sokolski, putem cita diferite *infecţii generale şi virotice* (rickettsioze şi pararickettsioze) care pot reactiva şi agrava boala reumatismală.

Orice recidivă a bolii Bouillaud-Sokolski, care nu cedează la tratamentul antireumatic, trebuie să ne facă să ne gîndim la o boală asociată infecţioasă şi să procedăm la un tratament corespunzător cît mai rapid.

Acestea sînt doar cîteva exemple de boli asociate, întîlnite în cadrul reumatismului Bouillaud-Sokolski, de care medicul trebuie să ţină cont în conduita terapeutică, deoarece de această conduită depinde evoluţia şi prognosticul afecţiunii reumatice.

După cum am amintit este necesar să facem deosebirea dintre aceste boli asociate şi complicaţiile survenite în cursul bolii reumatice, adică complicaţiile cardiace, nervoase (coree,

encefalită), tiroidiene (hipertiroidism prin tiroidită reumatică), renale (glomerulonefrita de natură streptococică), digestive, hepatice.

Infecțiile de focar (amigdalita, rinita, faringita) pot surveni fie în cadrul afecțiunii reumatismale, fie ca boli asociate. Aici este bine să facem de la început un tratament mixt cu antibiotice și antireumatice.

Vom exemplifica cele amintite anterior, prin expunerea cîtorva foi de observație în boala Bouillaud-Sokolski fără complicații, cu complicații și cu boli asociate.

Aceste foi de observație sumare, cu discuțiile lor, sperăm că vor servi colegilor din teren, ca ghid în diagnosticul și tratamentul reumatismului Bouillaud-Sokolski.

Foile de observație de boală Bouillaud-Sokolski le vom împărți : la copii între 9 și 16 ani, la adolescenți și la adulți.

La *copii* vom expune foaia de observație a unui bolnav suspect de Bouillaud-Sokolski, a unuia cu reumocardită și a unui bolnav care prezintă complicații. La toate vom ține cont și de bolile asociate existente.

La adolescenți și adulți vom expune un caz cu Bouillaud-Sokolski de debut (cu leziune cardiacă), un caz cu complicații și boli asociate, un caz cu coree și boală mitrală și un caz cu Bouillaud-Sokolski la adult fără cardită.

Capitolul bolii Bouillaud-Sokolski se va termina cu cîteva concluzii practice, scoase din cazurile și experiența noastră.

Obs. 1. — N. O., fetiță în vîrstă de 13 ani, este consultată de noi. În antecedente, bolile infecțioase ale copilăriei, afară de scarlatină. A făcut amigdalite repetate ; în ultimul timp, puseurile amigdaliene s-au însoțit și de dureri vagi reumatice, mai ales la genunchi și articulațiile tibio-tarsiene. V.S.H. 17/29, ASLO 230 u., nimic patologic la examenul inimii. Bolnava are o stare generală bună, este afebrilă, nu obosește la mers, are dureri reumatice și în afara puseului.

Părinții au adus-o la consultație, pentru a preciza diagnosticul și a indica tratamentul.

Problema ce ne-am pus-o a fost : este vorba de un reumatism Bouillaud-Sokolski sau de artralgii prin infecții de focar. Am făcut examenul inimii, găsind-o normală. Am pus diagnosticul : suspectă de reumatism Bouillaud-Sokolski și infecție de focar amigdalian. Am indicat un tratament cu salicilat, 6 g/zi, *per os*, și penicilină V, la 5 zile 600 000 u. Am găsit la copil cîteva carii dentare, recomandînd tratarea lor. După o lună de zile de tratament mixt am recomandat asanarea amigdalelor sub protecție de penicilină, după care am lăsat bolnava sub tratament cu aspirină, 1,5 g/zi și penicilină-retard 600 000 u. la interval de 5 zile. Bolnava este în al patrulea an de tratament, ASLO a scăzut sub 120 u., V.S.H. s-a normalizat, polialgiile apar intermitent, inima a rămas indemnă.

Cu toate că pînă în prezent nu au apărut semne evidente de reumocardită, iar diagnosticul este numai de suspiciune de boală Bouillaud-Sokolski și bolnava se simte bine, rămînînd numai cu dureri vagi arti-

culare intermitente, am tratat-o și o tratăm în continuare ca avînd o boală Bouillaud-Sokolski, ținînd-o sub observație. Am recomandat în plus bolnavei cură la mare (helioterapie, ungeri cu nămol reci) și la Victoria.

Din acest caz se degajă o concluzie precisă : este mai prudent să tratăm bolnavii suspecți de boală Bouillaud-Sokolski sub 15 ani ca pe veritabili reumatici, timp îndelungat (pînă la 21 de ani), deoarece 90% din durerile reumatice survenite pînă la vîrsta de 15 ani sînt expresia unui reumatism Bouillaud-Sokolski. Reumatismul latent, fără manifestări cardiace clinice și radiologice, este o realitate ; aceste manifestări apar mult mai tardiv, după puseuri amigdaliene foarte discrete.

Obs. 2. — P. S. băiat în vîrstă de 14 ani, vine la consultații pentru dispnee, dureri precordiale, dureri vagi reumatismale, paloare, oboseală. Părinții declară că bolnavul a făcut o amigdalită ușoară cu 2 luni înainte, cu stare subfebrilă ; a avut dureri la genunchi, umeri și coate. Cu repaus de cîteva zile la pat, aspirină, penicilină, totul a revenit la normal. Examinat cardiac s-a găsit un suflu diastolic și un suflu holosistolic în focarul mitral cu propagare spre axilă. Examenul radiologic confirmă diagnosticul de leziune mitrală. ASLO 570 u., tahicardie la orice efort și dispnee accentuată ; V.S.H. 47/63 mm. Bolnavul și părinții neagă că ar fi avut amigdalite în trecut. Pe frotiul faringian nu se găsește streptococul β-hemolitic din grupa A, ci doar o floră microbiană banală. Se recomandă repaus la pat, salicilat 6 g/zi, 20 mg prednison/24 de ore și 800 000 u. penicilină injectabilă zilnic. După 31 de zile de repaus și tratament medicamentos mixt (salicilat, prednison și penicilină), durerile reumatice au dispărut complet, concomitent cu dispneea de efort ; de asemenea V.S.H. a scăzut la 14/21, iar ASLO la 320 u. S-a recomandat bolnavului să întrerupă anul școlar, dar să învețe acasă, să nu facă eforturi și să urmeze tratamentul cu penicilină V 600 000 u./săptămînă. Bolnavul este socotit ameliorat, avînd nevoie timp îndelungat de tratament și supraveghere medicală.

La 3 luni de la începutul tratamentului i s-a recomandat scoaterea amigdalelor sub protecție de antibiotice. În prezent se simte bine ; V.S.H. s-a normalizat, dispneea și durerile articulare au dispărut.

Face continuu penicilină-retard injectabilă 600 000 u./săptămînă și 1,5 g aspirină zilnic, timp de 10 zile/lună. S-a recomandat repaus relativ (nu va face sporturi, nu va alerga), iar la orice infecție intercurentă va sta în pat și va chema medicul.

Cazul de față nu pune probleme de diagnostic ; este interesant că părinții nu au fost avizați că la un copil, o amigdalită însoțită sau nu de dureri reumatice poate să fie debutul unui reumatism cardiac, pentru a fi chemat medicul și a i se face un tratament adecvat.

În cazul de față, leziunea mitrală fiind organizată, am căutat să împiedicăm grefarea pe această leziune a unei infecții bacteriene (o endocardită lentă) ; pentru aceasta am indicat amigdalectomia sub protecție de penicilină. A doua problemă pe care o ridică cazul de față este împiedicarea evoluției reumatismului cardiac fie prin reșute, fie insidios, lent. Pentru aceasta, bolnavul este ținut sub supraveghere medicală, i se dă penicilină, aspirină și este pus în repaus relativ, evitîndu-se infecțiile intercurente. Lunar i se repetă hemograma și V.S.H., iar la 3 luni, ASLO.

Obs. 3. — R. P. fetiță în vîrstă de 10 ani, este adusă de părinți la consultație pentru dispnee de efort, palpitații, tulburări digestive și slăbiciune generală. Părinții afirmă că bolnava a făcut cu 2 ani înainte o amigdalită, care s-a repetat de mai multe ori. Nu s-a făcut un tratament special de la început, cu penicilină, cu salicilat sau cu corticoizi. Bolnava a avut în antecedente rujeolă, rubeolă și scarlatină, după care nu a rămas cu nici o complicație. Fetița a fost dusă la medic

numai la 1 an de la debutul primei amigdalite, deoarece părinții au observat că obosește, a slăbit și are inapetență.

La examenul clinic s-a găsit: o paloare a feței, contrastînd cu buzele cianotice; la inimă, aria cardiacă mult mărită, suflu sistolic și diastolic la mitrală, tahicardie, cu rare extrasistole, raluri subcrepitante la ambele baze ale plămînilor, hepatomegalie (ficatul întrece falsele coaste cu 4 laturi de degete), splina percutabilă pe linia axilară, nepalpabilă, abdomenul balonat, edeme discrete la membrele inferioare; V.S.H. 53/111 mm, ASLO 970 u., în urină cilindri hialini, rari cilindri granuloși și hematii. Diagnosticul: reumatism cardiac evolutiv (leziune mitrală), insuficiență cardiacă totală.

Cazul de față este important pentru următoarele: 1) debutul amigdalian nu a atras atenția asupra posibilității survenirii unui reumatism; 2) prin puseuri repetate, reumatismul cardiac a progresat pînă la insuficiență cardiacă; 3) se pune întrebarea: ce rol a avut în cazul de față scarlatina (a lăsat o endocardită plastică sau a preparat numai terenul pentru boala Bouillaud-Sokolski?); 4) ce tratament trebuia să facă bolnava de la început, ca să nu ajungă în starea actuală?; 5) ce se mai poate face astăzi?

După scarlatină, aproape în 50% din cazuri se poate instala boala Bouillaud-Sokolski; deci, cu atît mai mult apariția unei amigdalite după scarlatină trebuie să atragă atenția că sîntem în fața unui Bouillaud-Sokolski de debut.

Faptul că reumatismul Bouillaud-Sokolski nu a fost tratat de la început la un copil mic a dus la cardiopatia cu evoluție rapidă. Bolnava trebuia internată în spital de la primele simptome și tratată cu hormoni corticoizi, penicilină și repaus la pat, pentru a opri evoluția. La cîteva luni după oprirea evoluției trebuia pusă problema dacă este momentul să se scoată amigdalele.

În prezent, bolnava are o insuficiență cardio-hepato-renală; avem puține speranțe să putem opri evoluția afecțiunii. Tratamentul necesar actual este: corticoterapie, antibiotice, digitală, repaus complet la pat, regim alimentar și supraveghere medicală zilnică.

Din cele 3 observații se desprind următoarele:

Un bolnav suspect de boală Bouillaud-Sokolski trebuie tratat ca un adevărat bolnav de Bouillaud-Sokolski.

— Orice amigdalită la un copil cu dureri reumatice trebuie tratată cu toată grija și suspectată de un reumatism Bouillaud-Sokolski.

— Bolnavii care după scarlatină au făcut amigdalită sînt mult mai predispuși la reumatism Bouillaud-Sokolski.

— Cu cît copiii sînt mai mici, cu atît fenomenele articulare sînt mai discrete, iar prognosticul mai grav.

Obs. 4. — Bolnavul M. I., în vîrstă de 19 ani, vine la consultație pentru dureri în articulațiile genunchilor, umărului și articulațiile tibio-tarsiene, fără modificări clinice; afebril, nu are dispnee, nici palpitații.

Cu o lună și jumătate înainte, bolnavul a avut o amigdalită ușoară, pe care a tratat-o pe picioare, cu aspirină, ceaiuri și sulfamide. În antecedente nu a avut decît rujeolă și cataruri sezoniere; neagă că ar fi avut amigdalită în trecut. Părinții sînt sănătoși, de asemenea fratele și cele două surori mai mici. Examenul clinic arată o sensibilitate la presiune și la mișcări a articulațiilor umerilor, genunchilor și articulațiilor tibio-tarsiene. Amigdalele sînt hipertrofiate, în prezent neinflamate, deglutiția este nedureroasă, ganglionii submaxilari nu sînt sensibili la palpare. Nimic patologic pulmonar.

Examenul cardio-vascular: puls normal, vîrful inimii bate în al 5-lea spațiu intercostal, fremismentul cardiac prezent și rulment diastolic la mitrală, suflu sistolic la vîrf cu propagare spre axilă.

Pentru bolnav și părinți a fost o surpriză afirmația noastră că reumatismul a lăsat o leziune cardiacă ; bolnavul nu a simțit oboseală în mers, nici dispnee de efort ; V.S.H. 40/72 mm, ASLO 730 u. ; nimic deosebit în urină. În flora microbiană faringiană nu s-a decelat streptococul β-hemolitic din grupa A.

Bolnavul este pus în repaus la pat, se administrează 8 g salicilat și 20 mg Prednison/24 de ore și penicilină zilnic 800 000 u., în 2 reprize, timp de 10 zile, după care se dă 600 000 u. penicilină-retard la 5 zile. După o lună de tratament și repaus la pat, V.S.H. s-a normalizat, ASLO a scăzut la 320 u., bolnavul se simte bine. Este lăsat să circule puțin ; se dă 2 g aspirină zilnic, vitamina C 1 g/zi și penicilină-retard 600 000 u. la 5 zile. După 60 de zile se scot amigdalele sub penicilină, 1 000 000 u./zi, timp de 10 zile.

În prezent, bolnavul mai are dureri articulare vagi, intermitente, mai ales la oboseală, nu are dispnee, leziunea cardiacă persistă. Este sfătuit să facă o muncă fără oboseală, să-și facă 600 000 u. penicilină la 5 zile, să ia aspirină 2 g/zi, timp de 15 zile/lună ; în zilele de pauză va lua aspirină numai dacă survin dureri.

Cazul de față este important pentru următoarele : 1) la vîrsta de 19 ani, după o ușoară amigdalită, apare un reumatism Bouillaud-Sokolski cu leziune cardiacă (mitrală) ; 2) bolnavul vine la medic nu pentru fenomenele cardiace care, cu toate că existau, nu se exteriorizează clinic cu nimic, ci pentru dureri reumatice sub formă de artralgii ușoare ; 3) chiar la adolescenți, o amigdalită însoțită de artralgii trebuie să ne facă să suspectăm un reumatism Bouillaud-Sokolski și să prevenim prin tratament prinderea inimii ; 4) diagnosticul diferențial în cazul de față s-a putut face numai cu reumatismul prin infecție de focar (amigdalian) ; este mai bine să socotim o amigdalită cu artralgii ca boală Bouillaud-Sokolski și să o tratăm de la început serios ; 5) prognosticul cazului de față poate fi socotit relativ bun, dacă bolnavul va urma tratamentul cu penicilină și va duce o viață cu eforturi puține ; scopul tratamentului aici este să evite recutele și să împiedice decompensarea cardiacă.

Obs. 5. — Bolnava H. S. în vîrstă de 33 de ani, vine pentru dureri articulare (localizate mai ales la genunchi, articulațiile tibiotarsiene și umeri) și dispnee de efort. Este căsătorită, are 1 copil sănătos. În antecedente, amigdalite repetate, pentru care i s-au scos amigdalele ; știe că suferă de stenoză mitrală.

La examenul obiectiv : genunchiul stîng este dureros la palpare și la mișcări și este ușor inflamat ; genunchiul drept este sensibil la palpare și mișcări și nu este edemațiat. Articulațiile gleznelor și umerilor sînt dureroase la palpare și mișcări, fără să fie edemațiate. Bolnava este constipată, suferă de salpingită cronică și colibaciloză după sarcină.

Inima prezintă tahicardie, cu extrasistole și cu semne evidente de stenoză mitrală. Ortodiagrama : inima dilatată, mai ales ventriculul și auriculul stîng. Ficatul este palpabil, sensibil ; sensibilitate pe colonul stîng, precum și în fosa iliacă dreaptă și stîngă. V.S.H. 27/35 mm, ASLO 470 u. La examenul urinii : puroi, prezență de colibacili. Hemogramă : 4 200 000 eritrocite, 9 300 leucocite cu 73% polinucleare.

Sîntem în fața unui reumatism Bouillaud-Sokolski, formă cardio-articulară (cu boală mitrală), în faza de insuficiență cardiacă incipientă, avînd ca boli asociate : o afecțiune renal-infecțioasă (de natură colibacilară), intestinală (colită dreaptă) și genitală (salpingită dublă).

Complicația în cazul de față este insuficiența cardiacă. Bolile asociate sînt : colita cronică, colibaciloza și salpingita dublă.

În acest caz a trebuit să tratăm mai întîi afecţiunea de bază (cu piramidon 2 g/zi), antibiotice (penicilină 1 000 000 u./zi, şi 1 g streptomicină); prin această medicaţie am tratat şi infecţia genitală şi colibacilară. De asemenea am recomandat laxative uşoare, repaus la pat şi regim. Nu am dat digitală. După 10 zile de repaus la pat, inima s-a normalizat. În urma tratamentului, bolnava s-a simţit bine; durerile articulare şi dispneea de efort au dispărut; nu mai are micţiuni frecvente, iar sensibilitatea în fosa iliacă stîngă a dispărut. După alte 10 zile am prescris un repaus relativ, 1 g piramidon, laxative la nevoie şi penicilină-retard la 5 zile, regim (s-au redus sarea, grăsimile, sosurile, tocăturile); s-a recomandat evitarea supărărilor. V.S.H. s-a normalizat, colibacilii din urină au dispărut, ASLO a scăzut la 260 u., leucocitele la 7 300.

Importanţa cazului de faţă constă în următoarele: 1) nu s-a făcut un tratament de la începutul amigdalitei, pentru a evita prinderea inimii şi nici mai tîrziu, pentru a opri evoluţia spre insuficienţa cardiacă; 2) cu toate că s-au scos amigdalele, boala a evoluat din cauza lipsei de tratament (penicilină), a sarcinii şi a bolilor asociate (colită, colibaciloză, anexită) netratate; 3) prognosticul în cazul de faţă este rezervat, mai ales dacă bolnava nu va respecta un repaus relativ şi nu-şi va trata boala de bază (prin penicilină, piramidon, digitală) şi bolile asociate (colita, colibaciloza, salpingita), care pot declanşa reşute ale bolii de bază.

Obs. 6. — Bolnavul I. B., în vîrstă de 24 de ani, vine pentru coree cu tulburări nervoase (insomnie, agitaţie, schimbare de caracter). Antecedente eredocolaterale: părinţi sănătoşi, are o soră de 35 de ani, care suferă de leziune mitrală. Nu a avut amigdalită. La vîrsta de 12 ani a apărut coreea, care a revenit în general de două ori pe an, asociată cu tulburări nervoase. A devenit nervos, irascibil, mai ales în timpul puseurilor de coree. Nu are şi nici n-a avut simptome articulare, suferă de cefalee. V.S.H. 27/43 mm. Nimic patologic în urină, hemograma normală. Amigdale normale, apetit bun, nimic patologic pulmonar.

Examenul inimii evidenţiază o insuficienţă aortică compensată. Bolnavul nu acuză dispnee, nici palpitaţii. Declară că nu a ştiut şi medicii nu i-au spus că suferă de inimă. Bolnavul a fost pus la pat, i s-au dat sedative, piramidon şi penicilină.

Interesul cazului de faţă constă în următoarele: 1) coreea a apărut fără nici un simptom de debut articular sau general decelabil clinic; 2) cu toate că bolnavul a fost urmărit de medici de specialitate, leziunea cardiacă nu a fost decelată; deci, apariţia ei clinică a fost mult mai tardivă; 3) coreea, cu timpul s-a asociat şi cu fenomenele nervoase (irascibilitate, schimbări de caracter, insomnie, cefalee); 4) coreea trebuie tratată ca o boală Bouillaud-Sokolski, suspectînd o leziune cardiacă, chiar cînd clinic, radiologic şi electrocardiografic nu găsim nimic patologic (lucrul acesta este valabil în special la copii); 5) prognosticul în cazul de faţă este rezervat prin cele două localizări importante (cerebrală şi cardiacă); bolnavului trebuie să i se recomande un repaus fizic şi psihic, antireumatice, antibiotice intermitent; i se va interzice corticoterapia care ar putea agrava fenomenele cerebrale.

Obs. 7. — Bolnavul P. I., în vîrstă de 21 de ani, se internează pentru dureri articulare (la genunchi, glezne, coate), cu caracter mobil; are stare subfebrilă, impotenţă funcţională, lichid la genunchiul stîng, un şoc rotulian. Boala a început cu 27 de zile înainte, cu o angină eritematopultacee. După 27 de zile a apărut o poliartrită acută, cu stare subfebrilă şi inapetenţă. În antecedente bolnavul nu a avut amigdalite;

a avut în schimb bolile infecţioase ale copilăriei, cataruri sezoniere şi o gastroenterită acută.

La examenul clinic nu se constată nimic deosebit cardiac, pulmonar, gastro-intestinal sau renal ; V.S.H. 53/109 mm, ASLO 1 011 u., fibrinemia mărită ; în faringe nu s-a găsit streptococul β-hemolitic din grupul A.

Prima problemă care se pune este precizarea diagnosticului. Este vorba în acest caz de un reumatism Bouillaud-Sokolski la adult ? Este un reumatism subacut benign sau un reumatism postanginos ? Reumatismul subacut benign prinde mai ales articulaţiile tibio-tarsiene şi genunchii, inima fiind normală, iar ASLO uşor mărit. Reumatismul poliarticular postanginos nu dă atingeri cardiace, este oligo-articular, articulaţia prinsă este tenace la tratament, lasă sechele şi apare la 1—2 săptămîni după angină, iar ASLO nu întrece cifra de 600—700 u.

Am ajuns la diagnosticul de boală Bouillaud-Sokolski la adult prin : 1) absenţa puseurilor anginoase în antecedente ; 2) debutul cu angină eritemato-pultacee ; 3) apariţia la un interval destul de lung de la debutul anginei (27 de zile) ; 4) faptul că a prins articulaţiile mari, îmbrăcînd o formă mobilă ; 5) absenţa reumocarditei ; 6) lipsa coreei, a nodulilor subcutanaţi, a eritemului marginal şi a manifestărilor viscerale (pulmonare şi abdominale) ; 7) evoluţia prelungită şi tenace la tratament obişnuit ; 8) V.S.H. mărită, dar mai ales ASLO foarte crescut (1 011 u.).

Tratament : bolnavul a fost pus în repaus, i s-a administrat penicilină 800 000 u. zilnic, salicilat 8 g/zi şi 20 mg Prednison ; după 10 zile febra a scăzut, durerile au diminuat mult, fără să dispară complet. V.S.H. a scăzut la 27/44 mm, ASLO se menţine la 970 u. starea generală este bună.

Examenul clinic, radiologic şi ECG arată absenţa reumocarditei. S-a redus treptat corticoterapia, iar cu timpul, salicilatul a fost înlocuit cu 3 g aspirină şi s-a dat intermitent şi fenilbutazonă în caz de dureri. După 2 luni, cu toate că starea generală este bună şi V.S.H. şi fibrinogenul s-au normalizat, bolnavul a rămas cu uşoare artralgii, care survin mai ales dimineaţa la deşteptare, la schimbarea vremii şi la oboseală. Aceste artralgii reziduale sînt suprimate prin aspirină şi fenilbutazonă. S-a procedat la ablaţia amigdalelor după 3 luni sub penicilină. Cu toate acestea, artralgiile reziduale, mai ales la membrele inferioare, nu au fost suprimate complet. Bolnavului i s-a prescris aspirină la apariţia durerilor, penicilină-retard la 5 zile cîte 600 000 u., pînă cînd ASLO se va normaliza (şi după ablaţia amigdalelor ASLO se menţine la 560 u.).

Prognosticul acestui caz este relativ bun : boala nu a lăsat sechele cardiace, iar starea generală este excelentă. Prognosticul va depinde de posibilitatea evitării reşutelor.

Evoluţia acestui caz ne îndreptăţeşte să credem că diagnosticul nostru a fost bun. Diagnosticul de reumatism subacut benign a fost respins, pentru că artritele aici sînt persistente (nu mobile), iar ASLO este normal sau uşor crescut. De asemenea, diagnosticul de reumatism postanginos nu a fost acceptat, deoarece boala nu apare aşa tardiv după amigdalită, nu este însoţită de un ASLO aşa de ridicat, iar după asanarea focarului amigdalian dispar durerile articulare şi ASLO scade mai rapid.

Din aceste observaţii putem trage următoarele concluzii : 1) reumatismul Bouillaud-Sokolski nu este numai apanajul copilului sau adolescentului ; el poate să debuteze la orice vîrstă ; 2) atingerea cardiacă este mai puţin frecventă la adult decît la copil şi are o evoluţie mai puţin gravă ; 3) în boala Bouillaud-Sokolski la adult se întîlneşte

rar coreea, nodozitățile subcutanate, eritemul marginal, pleurezia, pneumonia sau tulburările gastro-intestinale ; 4) testul ASLO este totdeauna mult crescut în această boală, în comparație cu reumatismul postanginos sau cu reumatismul subacut ; 5) reumatismul la adult îmbracă forma prelungită și răspunde greu la tratament antiinflamator ; 6) repausul la pat este necesar pînă la dispariția febrei și vindecarea poliartritei, iar antibioticele nu sînt necesare un timp așa de îndelungat ca la copii, mai ales cînd inima nu este prinsă.

Terminăm expunerea reumatismului Bouillaud-Sokolski prin următoarele considerații generale:

— Tratamentul cardiopatiilor reumatismale a beneficiat mult în ultimii 15 ani, prin medicația antiinflamatoare și antiinfecțioasă. Evoluția mortală în cursul crizelor acute a devenit excepțională, grație precocității și individualizării tratamentului. Semnele clinice din puseul reumatismal acut dispar astăzi în cele mai multe cazuri în mai puțin de 48 de ore, dar testele biologice se normalizează mai încet, ceea ce denotă că tratamentul nu trebuie întrerupt.

— Prognosticul vital al formelor grave a fost transformat și ameliorat considerabil, prin tratamentul de urgență, utilizînd corticoterapia sau fenilbutazona.

— Cele 3 tipuri de medicamente (hormoni corticoizi, fenilbutazonă, salicilat) au o acțiune rapidă și aproape identică asupra febrei și artralgiilor. Semnele de cardită acută sînt reduse însă de aceste medicamente în mod progresiv. Se constată astfel dispariția tahicardiei și normalizarea intervalului *P—R* la ECG. Pericardita este cel mai bine influențată de fenilbutazonă și hormoni.

— Din punct de vedere biologic, în boala Bouillaud-Sokolski V.S.H. rămîne testul evolutiv cel mai practic ; fibrinogenul sanguin are o evoluție comparabilă cu V.S.H. ambele influențîndu-se rapid sub tratamentul hormonal. Studiul electroforetic al proteinelor serice arată că în cursul crizei reumatismale serinele scad, iar globulinele α_1 și α_2 cresc, mai tîrziu constatîndu-se și o creștere a γ-globulinelor.

Proteina C reactivă este pozitivă în criza reumatismală și dispare rapid în timpul tratamentului antiinflamator ; pentru aceasta, testul este util în cursul evoluției acestei boli.

În criza acută întîlnim anemie și leucocitoză moderată, normalizate în 3 săptămîni prin tratamentul cu salicilat și fenilbutazonă ; din contra, sub tratamentul corticoid, constatăm o creștere a leucocitelor, depășind uneori cifra de 20 000 u. în primele 10 zile de tratament hormonal.

Antistreptolizina O scade mai rapid sub tratamentul cu hormoni steroizi decît sub tratamentul salicilic. Fenilbutazona

are o acţiune slabă asupra V.S.H., dar ameliorează bolnavul în mod evident din punct de vedere clinic.

— Tratamentul cu corticoizi este bine suportat de copil, cu toate că uneori poate da hemoragii intestinale sau tulburări psihice.

Tratamentul salicilic poate da intoleranţe şi uneori intoxicaţii.

Fenilbutazona poate da epigastralgii, greaţă, vomismente, epistaxis, erupţii toxice şi hiperazotemii trecătoare.

Referindu-ne la cele 3 medicamente (hormoni steroizi, fenilbutazonă şi salicilat) putem spune că printr-o supraveghere individuală, accidentele amintite devin rare.

— Hormonoterapia cea mai indicată este reprezentată de Δ-cortizon, Δ-hidrocortizon sau metil-Δ-cortizon.

Doza de Δ-cortizon va fi de 1 mg/kilocorp la copil ; la adult se recomandă să nu se depăşească doza de 80 mg/24 de ore. Această doză masivă se va da între 8 şi 12 zile, după care va scădea la 40 mg/24 de ore la adult. Doza va fi scăzută treptat, ţinînd cont de semnele clinice şi biologice, corticoterapia fiind înlocuită cu salicilat sau aspirină.

Fenilbutazona poate fi utilizată ca tratament de atac în criza acută, cînd hormonoterapia este contraindicată ; se dă 10 mg/kilocorp, timp de 4 săptămîni.

Tratamentul salicilic nu este utilizat în general în tratamentul de atac al reumocarditei decît atunci cînd corticoterapia este contraindicată, în acest caz, el trebuie aplicat atît *per os*, cît şi intravenos. Tratamentul salicilic are indicaţia cea mai bună în formele prelungite de crize reumatismale. Cîteodată se înlocuieşte salicilatul cu aspirina. Lenoch utilizează doze mari de aspirină (între orele 6 şi 22, cîte 1 g/oră) ; dacă nu se obţin rezultate bune, după o săptămînă el recurge la corticoterapie. Constantinescu şi Petrescu-Coman asociază salicilatul cu hormoni corticoizi, cu efecte bune.

Coreea beneficiază în urma unui tratament antiinflamator energic, asociat cu rezerpina (Hiposerpil), care este bine tolerată de copil în doză de 3—4 mg pînă la 1,5 mg, după vîrstă, timp de 24 de ore ; se poate asocia la nevoie 25—50 mg clorpromazină.

— Tratamentul antiinflamator este reprezentat de penicilina V pe cale bucală (600 000—800 000 u./zi, timp de 10 zile), penicilina G pe cale intramusculară (1 000 000 u./zi, timp de 10 zile) ; unii preferă benzatin-penicilina (o injecţie unică intramusculară de 1 200 000 u. la copil, 2 400 000 u. la adult).

Pentru evitarea recidivelor dăm penicilină-retard (600 000 u./săptămînă), timp de 3—5 ani.

Repausul la pat este indispensabil în faza activă a bolii.

2. Reumatismul secundar infecțios de cauză cunoscută

Între boala Bouillaud-Sokolski și poliartrita cronică evolutivă (P.C.E.) există diferite manifestări reumatismale articulare, de natură infecțioasă, produse de infecții cu germeni cunoscuți. A. Robecchi le numește reumatisme inflamatoare secundare, în comparație cu reumatismele inflamatoare primitive (R.B.S., P.C.E. și spondilita anchilopoietică).

În lucrarea de față am redus acest subcapitol, expunînd sumar cîteva forme clasice de reumatism secundar de cauză cunoscută. Noi sîntem adepții teoriei plurietiologice, conform căreia numeroasele infecții cunoscute nu dau la toate persoanele manifestări reumatice. Pentru ca să apară manifestări reumatice, în afară de o infecție cunoscută trebuie să existe și alte cauze externe și interne, care contribuie la declanșarea lor. Infecțiile de focar sau infecțiile generale pot însă să activeze sau să declanșeze manifestări reumatice la persoane predispuse. Una dintre cauzele care facilitează manifestările clinice reumatice din reumatismul degenerativ o reprezintă infecțiile de cauză cunoscută, avînd localizări orale sau în întreg organismul.

Printre reumatismele de cauză cunoscută amintim: reumatismul prin infecții de focar, reumatismul gonococic, scarlatinos, dizenteric, tuberculos, sifilitic, cataral etc.

Tot în cadrul acestui subcapitol vom discuta și reumatismul subacut, reumatismul palindromic și hidartroza intermitentă.

a) Reumatismul prin infecție de focar

Problema infecției de focar în general și în reumatism în special a preocupat în mod deosebit școala medicală din Cluj, în frunte cu I. Goia.

Infecția de focar este o inflamație cronică, frecvent latentă, localizată și susceptibilă să producă la distanță manifestări reumatice. Microbii care se găsesc în aceste focare pot fi multipli. Între focar și organism se stabilește un echilibru asigurat printr-o barieră mecanică și una imunochimică. Acest echilibru poate fi rupt, ceea ce are drept consecință diverse manifestări, printre care și cele reumatismale. Infecțiile de focar

amigdaliene, dentare şi sinuzale au o importanţă mai mare decît infecţiile din restul organismului (colecist, prostată, organe genitale, tub digestiv etc.).

Infecţia amigdaliană pare să fie focarul cel mai frecvent incriminat. În ceea ce priveşte mecanismul de producere a infecţiei de focar, aceasta s-ar explica prin trei ipoteze : metastaza microbiană, toxemia şi reacţia hiperergică.

Localizarea secundară interesează stratul subsinovial cel mai vascularizat, propagîndu-se în afară la capsula articulară şi ţesuturile periarticulare, iar intraarticular la sinovială,dînd uneori exsudat.

Din punct de vedere anatomopatologic este vorba de o inflamaţie nespecifică, hiperergică, a ţesuturilor.

Debutul manifestărilor reumatismale prin infecţie de focar survine după 7—21 de zile de la infecţia primară.

Tabloul clinic se manifestă prin : mono-, oligo- sau poliartrite. De obicei, manifestările reumatice prin infecţii de focar au în general un debut poliarticular, după care se localizează numai la 1—2 articulaţii, unde inflamaţia persistă, lăsînd sechele, manifestate prin redori, anchiloze sau deformaţii.

Diagnosticul reumatismului prin infecţie de focar se sprijină pe : prezenţa infecţiei de focar şi legătura sa cu manifestările reumatismale ; probele de laborator (V.S.H. mărită, leucocitoză moderată) ; influenţa favorabilă a asanării focarelor ; se poate însă ca, după înlăturarea focarelor, fenomenele reumatismale să nu cedeze decît parţial ; în acest caz sau focarele s-au asanat prea tîrziu, leziunile articulare jucînd ele însele rol de focare secundare, sau bolnavul prezintă în organism şi alte infecţii de focar.

O formă de infecţie de focar bine identificată este şi reumatismul postanginos descris de Chevalier şi Coste, care apare între 20 şi 50 de ani la bolnavi cu antecedente anginoase multiple. Boala debutează printr-o angină febrilă, care durează şi se prelungeşte, caracterizîndu-se prin dureri tenace la deglutiţie. Manifestările reumatice apar în general la interval de 15 zile după debutul anginei. Localizările articulare sînt mai frecvente la picioare, prinzînd tendonul lui Achile, după care afectează regiunea medio-tarsiană şi numai secundar articulaţiile tibiotarsiene. Boala nu prinde niciodată articulaţiile meta- şi interfalangiene. Tardiv poate să prindă şi genunchii, coatele sau pumnii. Starea generală nu este alterată, bolnavii nu au nevoie să stea în pat ; V.S.H. este uşor accelerată, leucocitoza şi polinucleoza sînt moderate. Frotiul din gît ne evidenţiază un streptococ din grupul A, iar ASLO este mărit. Inima nu este interesată.

Evoluţia este variabilă : cîteodată rapidă, altă dată prelungindu-se săptămîni şi luni, cu tot tratamentul făcut (penicilină, salicilat etc.) ; uneori lasă sechele (picior plat, valg, dureros).

Vom exemplifica cele de mai sus în observaţia următoare :

Obs. 8. — Bolnavul S. G., în vîrstă de 27 ani, se plînge de dureri reumatice generalizate, mai ales în picioare (se plînge de talalgii), în pumni, coate şi genunchi. Boala actuală a debutat cu 40 de zile înainte printr-o angină, care persistă şi în prezent, iar după 2 săptămîni de la debut au apărut talalgii şi dureri generalizate, mai ales în picioare, genunchi, coate şi umeri.

La examenul clinic se constată : dureri difuze la palpare, mai ales în regiunea retrocalcaneană, mediotarsiană şi în genunchi ; V.S.H. 39/67 mm, ASLO 720 u. ; nimic deosebit cardiac.

Ca tratament s-a dat penicilină şi fenilbutazonă după care V.S.H. scade, ASLO se reduce la 510 u. ; bolnavul merge greu din cauza talalgiilor. După 6 săptămîni de tratament s-au scos amigdalele sub protecţie de penicilină, după care fenomenele s-au amendat aproape complet ; s-au prescris ultrascurte la picioare, cu rezultate bune.

Cazul de faţă este un reumatism postanginos, cu dureri iniţiale şi persistente la picioare, rezistent la salicilat, ceea ce-l deosebeşte de boala Bouillaud-Sokolski la adult, unde durerile sînt mai mobile, reacţionează mai bine la salicilat şi nu lasă sechele dureroase şi prelungite.

Dacă acelaşi caz ni s-ar fi prezentat la un copil sub 15 ani, teama de reumocardită ne-ar fi impus să începem tratamentul cu doze mari de hormoni steroizi, penicilină, repaus la pat şi să-l supraveghem timp îndelungat.

Cînd avem manifestări reumatice prin infecţie de focar amigdalian începem tratamentul prin salicilat, aspirină şi penicilină şi numai după 6 săptămîni indicăm asanarea focarelor. Asanarea chirurgicală a amigdalelor are avantajul că împiedică recidivele, iar cura balneară dă rezultate mai bune după asanare.

Întîlnim adesea angine streptococice, care la unii nu dau manifestări reumatice, la alţii dau reumatism postanginos, iar la copii provoacă boala Bouillaud-Sokolski cu cardită. B. Olhagen a observat numeroase poliartrite acute şi subacute, cu ASLO mărit ; acestea au fost provocate printr-un streptococ hemolitic din grupul G, nu din grupul A responsabil de reumatism Bouillaud-Sokolski.

Putem să întîlnim şi infecţii de focar reprezentate de sinuzite, otite cronice sau infecţii rino-faringiene. A. I. Nesterov a descris o poliartrită infecţioasă curabilă, cu punct de plecare rino-sinuzal.

Infecţiile dentare (granuloamele) pot să dea manifestări de tip reumatismal ; după unii ar fi responsabile de nevralgiile cefalice sau la distanţă. Artralgiile temporomaxilare ar fi produse de granuloamele dentare de vecinătate. Noi am observat uneori

dispariţia manifestărilor reumatismale după asanarea infecţiilor de focar dentare.

b) Reumatismul scarlatinos

Dintre febrele eruptive cu manifestări anginoase amintim *reumatismul scarlatinos,* care complică scarlatina în 5% din cazuri, mai ales la adolescenţi şi adulţi. Manifestările reumatismale de natură scarlatinoasă pot apărea în perioada de exantem a bolii, de convalescenţă, sau tardiv. Manifestările clinice pot fi : artralgii, mai ales în perioada de erupţie, artrite scarlatinoase, care apar de obicei în perioada de stare a bolii ; ele pot să dea leziuni cardiace, mai ales endocardită plastică, lăsînd sechele valvulare. Unii autori cred că endocardita scarlatinoasă ar fi produsă de o asociere a scarlatinei cu boala Bouillaud-Sokolski ; alţii că leziunea cardiacă este produsă de scarlatin însăşi ; autorii sovietici cred că scarlatina acţionează asupra unui reumatism latent, pe care îl transformă într-un reumatism manifest.

c) Reumatismul gonococic

Printre reumatismele secundare cu infecţii cunoscute amintim şi *reumatismul gonococic,* care astăzi se întîlneşte rar. Manifestările articulare de natură gonococică sînt uneori greu de diagnosticat, deoarece în momentul instalării manifestărilor articulare, uretrita dispare ; alteori, manifestările articulare apărînd tardiv nu mai facem legătura cu infecţia gonococică. La femei, unde leucoreea este frecventă, de multe ori pierdem din vedere acest focar. Din punct de vedere articular întîlnim leziuni şi manifestări clinice diferite. Clinic putem avea forma artralgică, fără modificări anatomice, uneori destul de persistentă ; putem întîlni hidartroză la genunchi ; mai rar la glezne, coate, umeri şi şolduri. Atrofia muşchilor în jurul articulaţiilor prinse este precoce şi evidentă. Uneori putem avea forma pseudoflegmonoasă, caracterizată printr-o inflamaţie difuză, nu numai a articulaţiei, dar şi a ţesuturilor periarticulare. Formele pseudoflegmonoase ating mai ales pumnii, genunchii şi articulaţiile tibio-tarsiene.

Coxita neisseriană are o evoluţie gravă, manifestîndu-se prin dureri accentuate, tumefacţie şi impotenţă funcţională ; lasă sechele şi uneori leziuni mutilante grave : anchiloze, deformaţii articulare, luxaţii şi scurtări de membre.

Forma poliarticulară începe cu febră, cu localizări mai ales la genunchi, glezne şi coate ; cînd se localizează în articulaţia sterno-claviculară sau temporo-mandibulară ne ajută în diagnostic. În stadiul cronic lasă sechele, mai ales la picioare

(osteofite calcaneene şi bursite retrocalcaneene). Printre manifestările cutanate amintim keratodermia blenoragică, manifestată prin papule paracheratozice ; această manifestare o întîlnim şi în sindromul Reiter. Radiologic întîlnim leziuni osoase precoce, constînd în decalcifieri şi hipercalcifieri. Cele mai serioase leziuni le întîlnim în coxita gonococică, unde din cauza distrugerii sprîncenei cotiloide se produce luxaţia capului femural cu deformări ale bazinului. În diagnosticul de laborator, gonoreacţia este uneori pozitivă. Tratamentul cu antibiotice, repausul şi ultrasunetele, făcute cît mai precoce, dau rezultate bune.

d) Reumatismul postdizenteric şi posttific

Manifestările reumatismale postdizenterice sînt cunoscute din vechime. S-au descris manifestări articulare, nu numai în dizenterie, dar şi chiar în cursul enteritelor dizenteriforme, mai ales în formele uşoare.

După unii autori, artritele dizenterice precoce ar fi datorite unei hipersensibilităţi anterioare a organismului, produsă printr-o infecţie de focar existentă, în timp ce artrita postdizenterică ar fi provocată printr-un mecanism alergic, declanşat de focarele intestinale. Clinic se manifestă prin artralgii, monoartrite, oligo- şi poliartrite. Monoartritele se localizează mai ales la genunchi şi la articulaţiile coxo-femurale. Forma poliarticulară prinde genunchii, gleznele, umerii, pumnii, coatele, articulaţiile sacro-iliace şi coloana vertebrală. V.S.H. este mult crescută în cursul artritelor postdizenterice, datorită probabil şi coexistenţei unei infecţii de focar.

O formă specială de artrită postdizenterică este sindromul Leroy-Fiessinger, manifestat prin uretrită, conjunctivită şi artrită. Asemănător sindromului Leroy-Fiessinger este sindromul Reiter, care nu ar fi de natură digestivă. Microorganismele L ar fi cauza sindromului Reiter. Deosebirea dintre sindromul Leroy-Fiessinger şi Reiter este că, în primul, etiologia este sigur dizenterică, nu găsim keratodermie, iar evoluţia este mai benignă; Reiter susţine că o parte din spondilitele anchilopoietice sînt produse de boala ce-i poartă numele. După noi există o legătură strînsă între tubul digestiv, leziunile digestive şi diferitele manifestări reumatismale.

Întîlnim boli reumatismale (Bouillaud-Sokolski, P.C.E., spondilita anchilopoietică) cu forme digestive ; există tulburări gastro-intestinale cu manifestări de tip reumatismal (reumatismul postdizenteric, colibacilar etc.) ; există afecţiuni digestive (ulcer duodenal, colite), care simulează afecţiunile reumatismale ale

coloanei vertebrale ; de asemenea întîlnim afecţiuni ale coloanei vertebrale (discopatii, spondiloze), care prin durerile radiculare la distanţă simulează afecţiuni abdominale.

În ceea ce priveşte afecţiunile hepato-colecistice, în afară de artralgiile din hepatita epidemică, întîlnim artralgii de tip reumatismal în colecistite şi angiocolecistite, produse printr-o infectoalergie, avînd ca punct de plecare colecistul.

În bolile reumatismale trebuie să ţinem cont şi de tulburările digestive şi să le tratăm în consecinţă.

Există şi artrite şi poliartrite prin infecţii cu *Salmonella typhimurium*. Sindromul articular apare după 2 săptămîni, manifestîndu-se prin tulburări digestive şi dureri articulare, interesînd mai ales genunchii, gleznele şi pumnii.

Artritele tifo-paratifice sînt descrise, apărînd la început, în cursul evoluţiei afecţiunii sau în convalescenţă. Localizările pe coloana vertebrală se întîlnesc mai ales la copii, prinzînd coloana cervicală şi lombară, dînd sindromul cervicolombar de natură eberthiană, care simulează uneori meningita şi tetanosul.

Prinderea articulaţiei coxofemurale în cursul febrei tifoide dă un tablou clinic de coxită acută gravă.

Noi am descris forma de poliartrită acută de debut în febra tifoidă. Bolnavii au venit să fie consultaţi pentru reumatism acut, dar boala se deosebea de o poliartrită acută clasică prin tulburările digestive (diaree, inapetenţă), stare febrilă, stare generală rea ; reacţiile pentru febra tifoidă au fost pozitive. Manifestările reumatismale din perioada terminală a febrei tifoide sînt mai frecvente la copii decît la adulţi, avînd în general evoluţie benignă, dar existînd totuşi uneori anchiloze.

Manifestări de tip reumatismal pot da şi infecţiile colibacilare (artralgii, artrite, rahialgii, nevralgii etc.).

e) Reumatismul meningococic

Infecţiile meningococice pot da determinări articulare, manifestate prin artralgii şi artrite. Articulaţiile mai frecvent interesate sînt : genunchii, pumnii şi gleznele. O caracteristică a manifestărilor articulare de natură meningococică este mobilitatea lor ca şi în reumatismul Bouillaud-Sokolski.

f) Reumatismul pneumococic

Manifestările articulare de natură pneumococică sînt de diferite grade ; de la simple artralgii pînă la artrite, interesînd de predilecţie marile articulaţii. La copii întîlnim frecvent coxite pneumococice.

Mai putem întîlni reacţii osteo-articulare de tip reumatismal după prostatectomii, cu localizări în simfiza pubiană, mai rar coxite, spondilite.

g) Reumatismul melitococic

Reumatismul melitococic (brucelozic) se manifestă prin artralgii şi artrite ; artritele sînt date mai frecvent de *Brucella melitensis* decît de cea *abortus*. Se însoţeşte de febră ondulantă, fenomene digestive şi transpiraţii. Serodiagnosticul este cel mai constant test ; intradermoreacţia la melitină nu are sensibilitatea serodiagnosticului. Cîteodată găsim prinsă numai o articulaţie, simulînd o artrită gonococică. Localizări brucelozice întîlnim pe coloana vertebrală (spondilita brucelozică), pe articulaţiile sacro-iliace şi coxo-femurale. Spondilita brucelozică se localizează mai ales la coloana lombară, simulînd un Pott lombar ; ea evoluează spre vindecare, fără sechele.

Sacroileita brucelozică este mai rară, putînd fi confundată cu sacroileita din spondilita anchilozantă, iar cînd este unilaterală cu sacroileita tuberculoasă. Artrita coxo-femurală melitococică se poate confunda cu coxalgia.

Vom exemplifica cele de mai sus cu un caz clinic :

Obs. 9. — Bolnavul A. N., în vîrstă de 47 de ani, agricultor, vine la consultaţii pentru dureri poliarticulare, mai accentuate în regiunea lombară, însoţite de febră şi transpiraţii. Bolnavul afirmă că suferă de mai mult timp de această boală, care se manifestă cu transpiraţii, frisoane, febră şi dureri reumatice, avînd o durată maximă de 10 zile, după care totul intră în normal. S-a tratat cu chinină fără rezultate.

Examinat, bolnavul prezintă : paliditatea feţei, astenie accentuată, febră ; nimic deosebit cardiac, splina percutabilă şi palpabilă. Bolnavul acuză dureri în regiunea lombară inferioară, mai ales sacro-iliacă dreaptă. Se suspectează un reumatism melitococic ; reacţia la melitină este pozitivă, iar radiografia arată leziuni în articulaţia sacro-iliacă dreaptă.

Trebuie să suspectăm această boală, mai ales la persoanele de la ţară, care beau lapte nefiert.

h) Reumatismul virotic

Numeroase virusuri au fost incriminate în producerea unor manifestări articulare de tip reumatismal. Astfel s-au descris manifestări reumatice în gripă, mononucleoza infecţioasă, zona zoster, encefalita epidemică, poliomielită, boala Bornholm, limfogranulomatoza benignă, hepatita epidemică şi bolile infecţioase ale copilăriei. Se discută încă, dacă algiile sînt provocate exclusiv de aceste virusuri. Virusul uretritei, organismele L dau

manifestări de tip reumatismal, mai ales sindromul Reiter. Zona zoster dă fenomene mai ales radiculare, mai puţin artralgice. Boala Bornholm produce polimialgiile, cauzate de virusurile *Coxsackie*.

Notăm de asemenea că limfogranulomatoza benignă dă artrite, simulînd uneori reumatismul Bouillaud-Sokolski sau hidartroze cu distrucţii cartilaginoase.

Urmărind problema rectitelor infiltrante de natură limfogranulomatoasă am avut ocazia să tratăm numeroase cazuri de artrită, de natură limfogranulomatoasă. Toate fenomenele articulare s-au ameliorat o dată cu ameliorarea afecţiunii de bază.

Concepţia reumatismului cataral se datoreşte lui Neergaard din Zürich. Sub denumirea de infecţie catarală postgripală se înţeleg o serie de cataruri ale căilor aeriene superioare şi ale tubului digestiv, produse de un virus (Kruze-Dochez), la care se mai adaugă în unele cazuri bacilul influenţei. Această infecţie poate evolua în 3 stadii : primul stadiu, caracterizat prin cataruri ale căilor respiratorii superioare şi ale tractusului gastro-intestinal, poate îmbrăca o formă gravă sau uşoară ; stadiul al doilea este stadiul cronicizării catarurilor ; în afară de manifestările locale putem întîlni o serie de manifestări generale, cuprinse sub numele de toxicoză catarală ; în această fază se pot produce activări ale unui focar infecţios latent. În stadiul al treilea apar manifestări reumatice.

Reumatismul cataral postgripal se deosebeşte de manifestările articulare produse de infecţiile cocice : este mult influenţat de factorii climatici (frig, umiditate) şi reacţionează prompt la termoterapie. El îmbracă un tablou clinic polimorf : localizările articulare şi periarticulare sînt fugace, iar simptomele subiective sînt mult exagerate faţă de cele obiective. Articulaţiile sînt sensibile la palpare şi mobilizare, nu sînt edemaţiate, bolnavul acuză dureri, însă mersul nu este împiedicat, deoarece articulaţiile sînt numai parţial inflamate, la nivelul lor întîlnindu-se prezenţa unor tenosinovite multiple. Uneori, boala prinde regiunea cervicală, dînd rigiditate, alteori interesează articulaţiile mîinilor. Bolnavii cu reumatism postgripal sînt astenizaţi, se plîng de dureri generalizate, însă pot umbla, ceea ce face să nu fie crezuţi de medic.

Reumatismul postgripal este frecvent ; mulţi dintre bolnavii care merg la băi şi au polialgii nu suferă în fond decît de aceste tenosinovite şi fibrozite postgripale. Este vorba deci de un reumatism alergic, care reacţionează bine la cură balneară, dar recidivează uşor.

Tratamentul este medicamentos (aspirină, piramidon, fenilbutazonă, vitaminoterapie), helio-, balneo- şi fizioterapie.

Rubeola poate să dea manifestări reumatismale, simulînd o P.C.E.

i) Reumatismul bacilar şi luetic

Tuberculoza şi sifilisul pot să dea manifestări de tip reumatismal.

Artrita tuberculoasă de tip reumatismal este o reacţie alergică, declanşată fie de tuberculină, fie de bacilul Koch, la nivelul unor ţesuturi sensibilizate anterior. Tuberculoza poate crea un teren alergic.

Nu avem dreptul să vorbim de un reumatism tuberculos decît în cazul în care polialgiile sau poliartritele survin concomitent cu activarea unei tuberculoze pulmonare sau ganglionare şi dispar cînd leziunea s-a vindecat. Manifestările reumatismale de natură tuberculoasă pot îmbrăca formele artralgică, hidartrozică sau poliarticulară. Forma poliarticulară uneori se poate vindeca fără sechele, alteori se cronicizează ducînd la redori, anchiloze, subluxaţii şi deformări.

Diagnosticul manifestărilor reumatismale de natură tuberculoasă se bazează pe date clinice, semne de impregnaţie bacilară şi existenţa unor focare tuberculoase în diverse organe. Evoluţia acestor focare şi a manifestărilor articulare concomitente constituie un argument în plus pentru diagnostic. Examenul radiologic al articulaţiilor nu ne clarifică etiologia. O serie însă de examene de laborator — V.S.H. mărită, reacţia la tuberculină pozitivă, inocularea lichidului articular la cobai, biopsia sinovialei — în general ne ajută în diagnostic. Formele exsudative de reumatism tuberculos trebuie diferenţiate de tuberculoza osteo-articulară. Primoinfecţia bacilară poate da artralgii. În afară de aceasta, eritemul nodos de natură tuberculoasă se poate însoţi de artralgii. Noi am întîlnit tuberculoză miliară cu manifestări de poliartrită inflamatoare. De asemenea am întîlnit peritonită bacilară, cu simptome de polisinovită tuberculoasă.

Diagnosticul de reumatism tuberculos este uneori dificil de făcut, cerînd pe lîngă abilitate clinică şi examene speciale.

Vom exemplifica cele de mai sus printr-o foaie de observaţie.

Obs. 10. — Bolnava M. I., în vîrstă de 18 ani, este consultată pentru polialgii localizate la umeri, genunchi, coate şi articulaţiile tibio-tarsiene. Nu prezintă semne de inflamaţie, nici impotenţă funcţională ; suferă de aceste artralgii de ani de zile, artralgiile fiind

însoţite de o stare subfebrilă. Nu tuşeşte, nu a avut nimic bacilar evident în antecedente. Examenul inimii este negativ. La radioscopia pulmonară se constată o adenopatie hilară, ASLO este normal, Waaler-Rose şi latex negative, V.S.H. 33/58 mm. Nu a avut şi nici nu are amigdalită, iar artralgiile nu sînt în legătură cu infecţiile rino-faringiene.

Reumatismul subacut tip Ravault-Vignol a fost exclus în acest caz din cauza vîrstei, a localizării articulare şi a lipsei de răspuns la antibiotice, la salicilat şi la corticoterapie.

Diagnosticul de P.C.E. nu a fost admis, deoarece localizările nu au fost simetrice, bolnava nu a reacţionat la terapia cortizonică, iar factorul reumatoid a fost negativ.

Îndreptîndu-ne cercetările spre un reumatism Poncet am constatat reacţia la tuberculină intens pozitivă, iar radiografic am decelat pulmonar o adenopatie hilară dreaptă în activitate. S-a prescris streptomicină, hidrazidă, vitaminoterapie, regim de supraalimentaţie, antialgice, climatoterapie la munte. În urma acestei terapii febra a scăzut, bolnava a cîştigat în greutate, iar durerile au dispărut.

Cîteodată, reumatismul tuberculos poate îmbrăca forma unui reumatism Bouillaud-Sokolski. Am avut un caz de peritonită tuberculoasă cu poliartrită acută de aceeaşi natură.

Reumatismul tip Poncet se deosebeşte de reumatismul Bouillaud-Sokolski, prin faptul că nu prinde inima, nu reacţionează aşa de bine la salicilat, iar artralgiile şi artritele nu sînt mobile. În general este vorba de persoane mai tinere, care au un trecut bacilar.

Sîntem datori să ne gîndim la reumatismul tip Poncet în poliartritele febrile sau subfebrile, la persoanele tinere, fără leziuni cardiace, cu ASLO normal, care nu reacţionează la terapie antireumatică şi antiinfecţioasă. Este drept că Poncet şi şcoala sa au exagerat rolul tuberculozei în etiologia reumatismului, însă am face o greşeală să negăm complet reumatismul de natură tuberculoasă. Dacă, înainte, multe poliartrite cronice evolutive erau socotite reumatisme Poncet, astăzi autorii anglo-saxoni neagă existenţa reumatismului tuberculos. Noi credem că şi aceasta este o exagerare. Într-adevăr, sfera reumatismului Poncet a diminuat mult ; majoritatea din poliartritele cronice, socotite în trecut Poncet, astăzi sînt socotite poliartrite reumatoide, dar există însă şi un număr de cazuri care prezintă reumatism Poncet.

Sifilisul articular poate îmbrăca forme de tip reumatismal în perioada secundară şi terţiară.

În perioada secundară putem avea forma artralgică, caracterizată prin dureri discrete, mai ales nocturne, uneori accentuate prin repaus şi atenuate prin mişcări.

Forma mono- sau poliarticulară cu substrat morfologic de sinovită se caracterizează clinic prin tumefacţii articulare, uneori cu lichid intraarticular abundent. Aceste articulaţii nu sînt prea

dureroase, iar mişcările sînt păstrate. Manifestările articulare nu sînt mobile ca în boala Bouillaud-Sokolski.

Articulaţiile cele mai frecvent atinse sînt : genunchii, coatele, gleznele şi rareori coloana vertebrală. Caracteristic este prinderea simetrică a genunchilor şi articulaţiilor sternoclaviculare. Evoluţia depinde de tratament ; frecvent se vindecă, uneori virează spre o hidartroză cronică dublă simetrică sau spre un reumatism deformant. Manifestările inflamatoare se însoţesc de dureri osteocope nocturne, produse de periostita sifilitică. În faza de sifilis terţiar întîlnim leziuni sclerogomoase.

Leziunile scleroase interesează sinoviala şi capsula, iar cu timpul distrug şi cartilajul, înlocuindu-l printr-un ţesut fibros. Vindecarea acestor leziuni se face prin anchiloză. Tabloul clinic este al unor artrite cronice anchilozante.

Leziunile gomoase pot fi localizate în membrana sinovială, în epifiză şi în ţesuturile periarticulare.

Forma sinovială evoluează ca o hidartroză cronică, uneori cu sinovită uscată cu tendinţă la scleroză, anchiloză şi deformaţii. Hidartroza cronică este nedureroasă, interesînd articulaţiile mari şi cu lichid abundent. Uneori, goma pătrunde în cavitatea articulară, producînd leziuni ale cartilajului, osului şi ligamentelor.

Forma osoasă este caracterizată printr-o gomă epifizară, care pătrunde în articulaţie, producînd leziuni ale cartilajului şi ale sinovialei, dînd exsudat. Cînd goma nu pătrunde în articulaţie, fenomenele articulare sînt mai discrete. În epifiză întîlnim condensări şi rarefieri, iar marginal osteofite, ceea ce face să se deformeze articulaţia. Clinic, sifilisul osteo-articular se manifestă fie ca o pseudotumoare albă cu hidartroză, mai ales la genunchi, fie ca o artroză deformantă cu osteofitoză accentuată, fie ca o formă algică fără alteraţii vizibile şi cu simptome inflamatoare discrete. Evoluţia merge spre anchiloze.

Forma periartriculară este rară ; aici gomele se dezvoltă la nivelul tendoanelor şi ligamentelor.

Între 8 şi 16 ani întîlnim hidartroza genunchilor nedureroasă, puţin inflamatoare, bolnavii păstrîndu-şi mişcările articulare ; este boala Clutton sau hidartroza produsă de sifilisul congenital.

O formă rară este poliartrita cronică de origine sifilitică. Ea se deosebeşte de P.C.E. prin faptul că prinde mai întîi articulaţiile mari şi apoi degetele, iar articulaţiile sterno-claviculare sînt prinse totdeauna. Diagnosticul de artrită cronică sifilitică se bazează pe antecedente, existenţa concomitentă a unei aortite, reacţiile serologice pentru lues pozitive, periostita oaselor lungi

din vecinătatea articulației prinse și osteita rarefiantă și condensantă.

Există anumite forme de reumatism de natură inflamatoare, care nu fac parte nici din reumatismul Bouillaud-Sokolski, nici din reumatismele secundare de cauză cunoscută și nu îmbracă nici forma de P.C.E. Este vorba de reumatismul subacut, reumatismul palindromic și hidartroza intermitentă. Socotim că este necesar să le amintim la sfîrșitul acestui capitol.

Reumatismul subacut

Reumatismul subacut, descris de Ravault-Vignol, la care de Sèze a adăugat epitetul de „curabil", constituie după unii o modalitate de evoluție particulară a bolii Bouillaud-Sokolski la adult. Uneori evoluează către un P.C.E., mai rar către o spondilită anchilopoietică. După unii ar fi forma curabilă a P.C.E. Îl întîlnim mai ales la persoanele tinere de ambele sexe, debutînd după o răceală, șoc emotiv, angină. În 30% din cazuri, debutul este brusc.

Tabloul clinic este al unei poliartrite febrile, cu evoluție trenantă. Articulațiile atinse sînt puțin inflamate, dureroase, la presiune și mișcare ; îmbracă frecvent forma oligoarticulară, afectînd uneori marile articulații și respectînd aproape totdeauna articulațiile mici. Articulațiile prinse rămîn timp îndelungat fără deformații. Cel mai frecvent prinse sînt articulațiile tibio-tarsiene și ale genunchilor.

Simptomele generale sînt moderate ; bolnavii au o stare subfebrilă, însoțită de ușoară oboseală și slăbiciune ; V.S.H. este ușor accelerată ; anemia este frecventă, leucocitoza și polinucleoza sînt discrete. Boala nu prinde inima niciodată ; recidivează rar, luînd uneori forma de P.C.E. sau spondilită anchilopoietică. De cele mai multe ori se vindecă fără sechele. Ravault și Vignol au descris cazuri de reumatism subacut, care s-au vindecat, iar mai tîrziu au recidivat, luînd forma de P.C.E. Tratamentul se face ca și în P.C.E. : săruri de aur, fenilbutazonă, antimalarice de sinteză și corticoterapie. Am întîlnit și noi numeroase cazuri, pe care le-am etichetat reumatism subacut. Evităm să punem diagnosticul de reumatism subacut la persoanele tinere. În aceste cazuri indicăm un tratament identic cu cel din boala Bouillaud-Sokolski. Punem diagnosticul de reumatism subacut la o persoană adultă, mai ales cînd afecțiunea debutează în articulațiile tibio-tarsiene, are ASLO normal sau ușor mărit, nu are infecții de focar evidente, reacționează la corticoterapie și antibiotice și are o stare generală bună. Am avut și cazuri pe

care le-am etichetat drept reumatism subacut, dar care pînă la sfîrşit au evoluat spre P.C.E. Evoluţia aceasta am întîlnit-o mai ales la femei, la bărbaţii tineri boala evoluînd spre o spondilită anchilozantă.

Reumatismul palindromic

Reumatismul palindromic (Hench-Rosenberg) este o afecţiune rară, care atinge ambele sexe, caracterizîndu-se prin atacuri repetate de artrită şi periartrită, durînd de la cîteva ore pînă la cîteva zile şi fiind urmate, un timp mai lung sau mai scurt, de o dispariţie totală a fenomenelor. Articulaţiile cele mai frecvent prinse sînt : pumnii, genunchii, umerii, mai rar coatele, articulaţiile temporo-mandibulare şi sterno-claviculare. Uneori sînt prinse şi articulaţiile metacarpo-falangiene şi interfalangiene. Recidivele sînt foarte frecvente. Examenele de laborator nu sînt caracteristice : V.S.H. este normală sau uşor crescută în timpul acceselor. Atacurile nu se însoţesc de febră, nici de alterarea stării generale. În fazele acute s-a observat o congestie capsulo-sinovială, care se normalizează după acces. Se poate confunda cu reumatismul alergic, descris de Kahlmeter ; reumatismul alergic prezintă o stare febrilă, care se însoţeşte de urticarie, edem Quincke sau migrenă şi răspunde la tratamentul antialergic.

Tratamentul în reumatismul palindromic este ineficace. Noi am urmărit reumatisme palindromice, care după ani de zile s-au transformat în P.C.E. clasic. Pentru aceasta tratăm reumatismul palindromic ca P.C.E., cu corticoterapie în timpul crizei şi antimalarice şi crizoterapie între crize.

Hidartroza intermitentă

Hidartroza intermitentă este tot o afecţiune rară, care debutează între 20 şi 50 de ani. Puseurile hidartrozice apar frecvent la genunchi, durează de la cîteva zile pînă la cîteva săptămîni, repetîndu-se la intervale variabile. Crizoterapia, radio- şi corticoterapia şi sinoviectomia au dat rezultate variabile. Este mai frecventă la femei şi mai ales în jurul pubertăţii ; în unele cazuri se pune în evidenţă o stare alergică de natură alimentară. Această afecţiune este caracterizată prin periodicitatea puseurilor inflamatoare.

Hidartroza intermitentă poate face parte şi din tabloul bolii periodice, care se însoţeşte de crize abdominale, accese febrile, nefropatie şi a cărui etiologie este necunoscută.

Hidartroza intermitentă nu trebuie confundată cu hidartrozele criptogenetice sau esenţiale, care interesează frecvent genunchii. Acestea sînt epanşamente unilaterale, cîteodată bilaterale, jenînd puţin bolnavul, fără semne radiologice, dar dînd amiotrofii de vecinătate. Aici este vorba totdeauna de o cauză organică, cîteodată greu de decelat. Artrotomia a decelat entorse sau sinovite inflamatoare, uneori artroze, sau corpi străini articulari ; s-au întîlnit şi tumori benigne ale sinovialei. Cînd nu găsim o cauză locală trebuie să ne gîndim la hiperfoliculinemie, distiroidie, insuficienţă venoasă sau edeme ale membrelor inferioare.

Injecţiile locale cu hidrocortizon sau butazolidină dau rezultate bune uneori.

3. Poliartrita reumatoidă (P.C.E.)

Consideraţii generale

Poliartrita cronică evolutivă (P.C.E.) este una din cele mai grave afecţiuni reumatismale, deoarece dă invalidităţi mari, mai ales cînd tratamentul nu este făcut de la început.

În studiul nostru vom face o descriere a diferitelor stadii ale acestei boli, insistînd mai mult asupra diagnosticului clinic şi radiologic, deoarece efectele tratamentului depind de forma şi stadiul afecţiunii. Poliartrita cronică evolutivă este o boală a întregului organism, însă aparatul locomotor prezintă leziunile cele mai importante. În această boală sînt interesate deopotrivă articulaţiile şi ţesuturile periarticulare (muşchii, tendoanele, bursele, tegumentele), aparatul cardiovascular, renal, digestiv şi sistemul nervos. Această afecţiune este progresivă, prinzînd la început în formele tipice articulaţiile mîinilor în mod simetric şi centripet. Este de patru ori mai frecventă la femei decît la bărbaţi, afectînd mai ales persoanele de vîrstă între 20 şi 50 de ani, în special cele cu constituţie astenică.

Etiologia P.C.E. pînă în prezent nu este cunoscută. Nu s-a reuşit să se producă experimental la animale boala ; la şoareci s-a produs un tablou asemănător cu P.C.E. prin organismele L. Ceea ce ştim este că leziunea iniţială în P.C.E. se găseşte în substanţa bazală a ţesutului conjunctiv, că este o boală familială, iar factorii psihici, frigul, umezeala etc. contribuie la declanşarea ei. Deci, P.C.E. nu este o boală pur infecţioasă, ci o reacţie deosebită a ţesutului mezenchimal la diferite noxe şi chiar la excitanţi neinfecţioşi care au tulburat echilibrul lui. De obicei, în P.C.E., puseurile nu apar în legătură cu infecţia

amigdaliană ; totuşi, o infecţie poate precipita debutul bolii sau agrava evoluţia ei.

În forma clasică, P.C.E. prinde la început articulaţiile mîinilor în mod simetric, avînd mai multe stadii : 1) stadiul polialgic ; 2) stadiul exsudativo-articular cu degete fusiforme, uşor de diagnosticat ; 3) stadiul exsudativo-productiv ; 4) stadiul productiv ; 5) stadiul caşectic sau terminal. În formele atipice, P.C.E. este asimetric, ceea ce produce în stadiul precoce greutăţi în diagnostic. Chiar în formele tipice de P.C.E., greutatea în diagnosticul stadiului precoce rezidă în faptul că predomină simptomele generale extraarticulare, avînd o evoluţie insidioasă, ceea ce face ca uneori de abia după 1—2 ani boala să capete aspectul caracteristic.

În cele ce urmează vom căuta să expunem clinico-radiologic această afecţiune, ţinînd cont de formele tipice şi atipice.

Uneori, P.C.E. are ca simptome iniţiale : inapetenţă, pierdere în greutate, oboseală generală, febră moderată, transpiraţie la mîini şi picioare, pe care continuu bolnavul le simte reci, tahicardie, hipotensiune, anemie hipocromă, parestezii în degete, sensibilitate la frig şi umezeală şi depresiune psihică. În ceea ce priveşte vîrsta trebuie să suspectăm P.C.E. la persoanele între 20 şi 50 de ani, mai ales cele astenice de sex feminin, fără să excludem bătrînii şi copiii. După cum am văzut, simptomele generale sînt cu totul necaracteristice.

Stadiul prodromal apare frecvent după o infecţie generală, oboseală, şoc emoţional, expunere la frig, uneori chiar după un traumatism. Primele semne subiective sînt : durerile şi crampele musculare intermitente, mai ales noaptea, artralgiile şi mialgiile, mai ales la contact cu apa rece. În această fază prodromală, bolnavii se plîng de oboseală, nervozitate, slăbire generală, senzaţie de rău general, incapacitate de lucru, mici frisoane, cu sau fără ascensiune termică de 0,2—0,3°. La aceste simptome generale se adaugă tulburări vasomotorii şi neuro-vegetative, ca parestezii ale extremităţilor (mai ales noaptea), degete amorţite, mîini reci şi umede, acrocianoză, furnicături (mai ales în braţe şi gambe), dureri nevralgiforme şi halena rău mirositoare. Această perioadă de debut este uneori mai scurtă, alteori mai lungă, durînd săptămîni, luni şi ani, pînă apar simptomele articulare. În alte cazuri, cu ani de zile înaintea declanşării bolii, bolnavii acuză o rigiditate musculară şi dureri migratoare, mai ales periarticulare cu caracter fibrozitic dimineaţa sau după inactivitate.

Din punct de vedere biologic, bolnavii prezintă V.S.H. crescută, anemie hipocromă, disproteinemie şi leucocitoză.

Unii autori au căutat să sistematizeze simptomatologia de debut în P.C.E. Astfel, M. Ropes prezintă următoarea schemă : redoare matinală ; dureri la mobilizarea uneia sau a mai multor articulaţii ; tumefierea unei articulaţii ; tumefierea mai multor articulaţii ; noduli subcutanaţi ; decalcifierea epifizelor articulare ; reacţia Waaler-Rose pozitivă. Autoarea afirmă că, dacă găsim cinci din cele şapte simptome de mai sus, care persistă cel mai puţin 6 săptămîni, diagnosticul de P.C.E. este sigur ; dacă găsim numai trei, diagnosticul este probabil.

Frecvent, debutul articular este localizat în pumni şi articulaţiile interfalangiene proximale ale degetelor al II-lea şi al III-lea ale mîinilor.

Printre semnele de debut din punct de vedere radiologic găsim osteoporoza subcondrală a epifizelor falangelor şi aceasta nu totdeauna ; articulaţiile în acest stadiu pot fi normale, osul şi cartilajul rămînînd neatinse, deoarece boala interesează în acest stadiu numai sinoviala şi capsula. În puseurile repetate de P.C.E., cu timpul panusul invadează cartilajul şi osul, distrugîndu-l ; atunci apar la radiografie o micşorare neregulată a spaţiului interarticular şi eroziuni profunde ale contururilor articulare. Anatomopatologic în P.C.E. găsim la început : sinoviala congestionată ; vilozităţile sinoviale treptat invadează cartilajul, care cu timpul se alterează, constituind panusul articular fibros.

În P.C.E. de debut, decalcifierea subcondrală este însoţită şi de osteoporoza întregului schelet ; microgeodele ce le întîlnim subcondral la degete se pot observa şi la articulaţiile pumnului, cotului şi coloanei cervicale, alteori la genunchi, unde putem găsi puţin lichid.

În P.C.E., de cele mai multe ori, atrofia musculară apare precoce (cîteodată în primele săptămîni de la începutul bolii), mai ales la persoanele în vîrstă, fiind localizată la muşchii interosoşi.

Geodele osoase se observă pe radiografii mai frecvent la bătrîni în faza de debut decît la adolescenţi ; în schimb, spaţiul articular este diminuat mai rar şi mai puţin la bătrîni ; eroziunile osoase le întîlnim în aceeaşi proporţie la adolescenţi şi la vîrstnici. În general, P.C.E. la cei în vîrstă nu este un proces torpid, ci de multe ori rapid progresiv. Cu toate acestea, prognosticul final este mai favorabil la adolescenţi, pentru că la aceştia boala răspunde bine la tratament, mai ales la cel crizoterapic. Coloana cervicală, frecvent atinsă, la cei în vîrstă înaintată, arată leziuni ale discurilor intervertebrale şi subluxaţii vertebrale în partea inferioară. Discurile sînt subţiate totdeauna, mai ales cele dintre C_2—C_3 şi C_3—C_4, dar osteofitoza şi scleroza plăcilor vertebrale este mai rară în P.C.E. decît la persoanele de

control de aceeaşi vîrstă. În P.C.E. juvenil, subluxaţiile sînt mai frecvente între atlas şi axis. Cîteodată întîlnim leziuni radiografice ale coloanei cervicale la bolnavi cu testul de aglutinare Waaler-Rose pozitiv, dar cu radiografiile mîinilor şi picioarelor



Fig. 2. — Radiografia mîinii într-un caz de P.C.E.

normale ; aici radiografia coloanei cervicale ne poate ajuta la precizarea diagnosticului precoce. Examenul radiologic în stadiul de debut al P.C.E., după unii autori, în 47% din cazuri rămîne negativ. La bărbaţi, articulaţia atinsă care este cel mai precoce vizibilă pe radiografie este a V-a articulaţie metatarsofalangiană, iar la femei, articulaţia pumnului.

Primul semn radiologic în P.C.E. este edemul periarticular al ţesuturilor moi, mai ales la degetele mîinilor, de aspect fuzi-

form. Ulterior apar osteoporoza şi eroziunile marginale corticale şi ale suprafeţelor articulare la degete. Un semn radiologic precoce frecvent în P.C.E. este osteoporoza. Ea se explică prin faptul că osul demineralizîndu-se îşi pierde densitatea ; gradul osteoporozei depinde de mobilitatea şi intensitatea durerilor bolnavului. În articulaţii apare lichid, iar pe radiografie observăm o uşoară mărire a spaţiului interarticular, conturul articulaţiei rămînînd nemodificat. Microgeodele se întîlnesc la început mai frecvent în regiunea subcondrală. Geodele mari sînt rare şi se întîlnesc mai ales la bărbaţi. Dacă încetează activitatea procesului reumatoid, osteoporoza poate regresa şi osul se poate densifica normalizîndu-se. Deşi osul este osteoporotic, fracturile sînt rare în P.C.E. şi se consolidează relativ repede.

După autorii sovietici, osteoporoza în P.C.E. este o trofoneuroză.

În P.C.E. juvenilă edemul iniţial al ţesuturilor moi şi exsudatele articulare sînt mai pronunţate. Ţesuturile la copil sînt relativ plastice şi permit o distensiune, dilatare şi acumulare importantă de lichid intracapsular. Procesul articular aici este mai difuz, prinzînd aproape toate articulaţiile, dar existînd totuşi o predilecţie pentru articulaţiile mari, mai ales pentru genunchi. Osteoporoza este de acelaşi grad la bătrîni ca şi la copii dar ea generează în primul caz deformări importante ale epifizelor.

Prinderea coloanei cervicale la copii se întîlneşte în 80% din cazuri, ceea ce face să se producă o anchiloză cervicală, iar clinic un torticolis permanent. În general, copiii cu P.C.E. au tendinţă mare la contracturi şi anchiloze. La copii întîlnim frecvent (34%) coxite (la adulţi în 16%), mai ales sub forma densificantă, avînd o evoluţie benignă. În general, caracterul leziunilor articulare şi osoase în P.C.E. este diferit, depinzînd de vîrstă, sex şi gradul de imobilizare a bolnavului. Cele mai frecvente anormalităţi în dezvoltarea osoasă din P.C.E. juvenil sînt: brahignaţia (faţa de pasăre), produsă prin dezvoltarea anormală a mandibulei, blocul vertebral, brahidactilia (degete scurte) şi nanismul.

La bărbaţi, procesul reumatoid este mai benign ; începe atipic de obicei în articulaţiile mari, de multe ori îmbrăcînd forma acută ; prinde ţesuturile periarticulare şi dă periostite descoperite la examenul radiografic. Boala ia forma asimetrică, mai frecvent la bărbaţi. După localizare, articulaţiile cel mai frecvent atinse sînt cele ale mîinilor şi picioarelor ; umărul este prins în 57% din cazuri, iar şoldul în 10% din cazuri la bărbaţi şi 29% din cazuri la femei. Coxitele în P.C.E. îmbracă forma distructivă la adulţi. Am observat frecvent artrita celei de a V-a articulaţii metatarso-falangiene, ca semn de debut în P.C.E.

masculin, împreună cu semnul tarso-metatarsian (Stoia) pozitiv în 90% din cazuri.

Ca semn de debut, în afară de osteoporoza subcondrală a degetelor mîinilor, mai putem aminti : creatinuria, creatinemia,

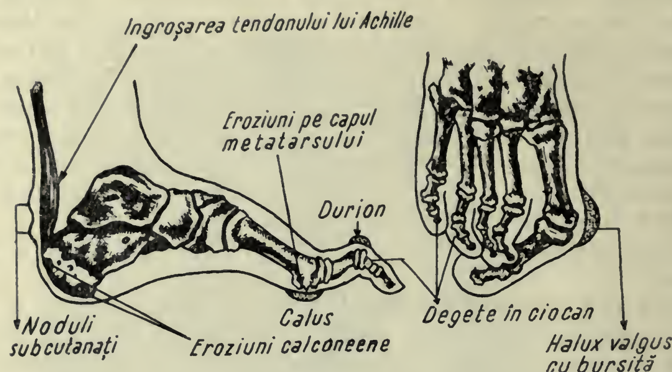


Fig. 3. — Schema piciorului în P.C.E. (faţă şi profil).

crampe musculare nocturne, scăderea ponderală fără cauză precisă, tulburări neuro-vegetative şi ineficacitatea medicaţiei antialgice obişnuite.

După experienţa noastră, *oboseala fizică şi cea psihică* sînt prodroame aproape constante în P.C.E. Suspectăm un P.C.E. la o femeie între 20 şi 50 de ani, la care există tulburări neurovegetative, artralgii şi mialgii persistente, cu V.S.H. mărită, fără să decelăm focare de infecţie.

În forma de debut, în primele luni, întîlnim frecvent o bursită subcalcaneană cu eroziuni ; la radiografia calcaneului observăm o osteoporoză accentuată. Clinic, bolnavii se plîng de dureri, mai ales la mers, în regiunea călcîiului ; la examenul local găsim un edem şi o hipersensibilitate la palpare. Afecţiunea a fost descrisă prima dată sub numele de achilodinie de natură neisseriană, însă cauza cea mai frecventă este P.C.E. Diagnosticul diferenţial se face cu condromatoza sinovială, celulita peritendinoasă traumatică Raynaud şi osificarea tendonului lui Achile.

În P.C.E. de debut, mai ales la bărbaţii tineri, întîlnim adesea o cervicalgie accentuată, mai mult nocturnă, iar radiografia este normală.

Uneori, debutul bolii nu prinde în mod simetric articulaţiile, această prindere simetrică observîndu-se mai tîrziu. La persoanele tinere reacţionează precoce sistemul limfatic şi deci întîl-

nim frecvent adenopatii în axilă ; cîteodată, la copii, se constată şi splenomegalie.

Pielea articulaţiilor prinse devine netedă, subţire, atrofică, fiind rece la atingere ; culoarea nu este niciodată roşie, ci palidă. Unghiile cîteodată chiar de la început sînt friabile şi striate. Simptomele locale descrise mai sus se asociază uneori cu cele generale (febră, oboseală, sialoree, paliditate). În general, formele de debut, care apar mult înainte de menopauză, evoluează mai acut. Coste a găsit foarte rar la debut simptome acrosimpatice ; dacă se constată existenţa sindromului Raynaud, boala evoluează de regulă spre un lupus eritematos sistematizat (L.E.S.) şi nu spre un P.C.E. veritabil.

Radiografic, în faza de debut s-au descris, în afară de decalcifieri epifizare, eroziuni şi geode în scafoid, carp şi degete. Uneori, sindromul clinic de canal carpian, manifestat prin dureri la palparea degetului mare pe faţa anterioară, este un semn de debut în P.C.E.

În ceea ce priveşte formele atipice de P.C.E. trebuie să accentuăm de la început că nici o altă boală nu are atîtea forme atipice ca P.C.E. ; la bărbaţi am întîlnit aceste forme în 37% din cazuri, iar la femei în 29,8%. Cunoaştem forme atipice de debut cu hidartroza genunchiului sau cu polihidartroză rezistente la tratament, chiar la hidrocortizon. Rar întîlnim forme de debut în P.C.E. cu acrosclerodermie, care la examenul radiologic prezintă o osteoporoză difuză accentuată. La persoanele în vîrstă apare un reumatism periarticular inflamator rizomelic, care prinde centura scapulo-humerală şi pelviană şi care cedează la corticoterapie şi antibiotice ; uneori, aceste forme de debut evoluează spre P.C.E.

Coxitele în P.C.E. de debut sînt foarte rare. Ceva mai frecvent se întîlnesc în P.C.E. infantilă. De obicei, coxitele apar tardiv în P.C.E. Localizarea este mai frecventă la stînga, dar de multe ori este bilaterală. Simptomele clinice ale coxitelor de debut la copii apar ani de zile înaintea semnelor radiologice care se traduc prin : micşorarea spaţiului interarticular supero-extern, osteoporoza capului femural şi a regiunii cotiloidiene, fără condensare. Coxitele se deosebesc de artrozele coxo-femurale prin faptul că, în ultimele micşorarea spaţiului se întîlneşte la polul superior sau inferior, nu supero-extern ca în artrite. În coxitele de debut din P.C.E., contururile articulare apar neregulate şi însoţite de osteoporoza capului sau acetabului. În stadiul mai evoluat poate apărea distrucţia capului şi a acetabului ; partea superioară a capului dispare, fundul cotilului este împins spre bazin, capul femural este deplasat în sus şi înăuntru, cîteodată producîndu-se o protruzie acetabulară. După osteoliza

capului femural poate să se formeze o anchiloză fibroasă. La copii se pot întîlni coxite densifiante şi mai rar forme osteolitice parţiale unilaterale, cu o frecvenţă egală la ambele sexe. În P.C.E., la bărbaţi, coxita este rară, mai frecventă fiind prinderea genunchilor şi gleznelor. Dacă în P.C.E., capul femural cu timpul se distruge, în spondilita anchilopoietică (S.A.) nu există distrugere osoasă, ci fibroză.

O sinovită sau o artrită monoarticulară cronică radiocarpiană verificată radiologic sau o hidartroză intermitentă pot fi suspectate de P.C.E. incipientă.

În statistica noastră de P.C.E. am găsit debut clasic polialgic în 60% din cazuri, poliarticular acut în 26%, monoarticular în 9% şi oligoarticular în 5%.

Examinarea unei radiografii a unui bolnav cu P.C.E. trebuie să precizeze : dacă edemul este articular sau periarticular ; dacă există osteoporoză ; dacă spaţiul interarticular este mărit sau micşorat ; dacă există schimbări în conturul osos (proliferare sau distrucţii).

În cazurile de debut, edemul periarticular poate să fie singurul simptom radiologic vizibil, apărînd ca o umbră mai densă a ţesuturilor moi. În sinovita exsudativă se găseşte lărgirea spaţiului interarticular.

În sindromul Still la copii (P.C.E. juvenilă), de la început, toate articulaţiile pot fi prinse, luînd înfăţişarea radiologică de sinovite edematoase cu decalcifiere osoasă şi edem peri- şi intraarticular ; în 39% din cazuri, însă, boala poate să înceapă monoarticular.

În articulaţia pumnului, evoluţia radiologică poate merge de la o uşoară osteoporoză pînă la un bloc carpian.

Cauza distrugerii articulaţiei în P.C.E. este panusul articular fibros, care este de fapt un ţesut conjunctivo-vascular ; acest panus constituie un factor de bază în determinarea distrucţiilor şi deformaţiilor din P.C.E. În locul ţesutului granulomatos subcondral format de panus apar formaţiuni osteoide care, cu timpul, se transformă în ţesut osos compact.

P.C.E. de debut prezintă radiologic zone clare de decalcifiere ; aici nu se formează sechestre ca în osteomielită.

La bătrînii cu P.C.E., deviaţiile cubitale şi contracturile sînt mai puţin frecvente din cauza vitalităţii scăzute a ţesuturilor senile şi din cauza reducerii mişcărilor care se remarcă la această vîrstă. La bătrînii cu P.C.E. se remarcă concomitent leziuni artrozice.

Stadiul de debut în P.C.E. este caracterizat prin remisiuni şi recidive ; cu toate acestea, articulaţia, o dată prinsă, nu mai revine complet la normal.

Semnele de prognostic nefavorabil în P.C.E. incipient sînt : existenţa nodulilor subcutanaţi ; starea de activitate a bolii cu tot tratamentul persistent ; V.S.H. constant mărită, testul Waaler-Rose pozitiv ; prezenţa unor stări psihice depresive accentuate.

Diagnosticul diferenţial se face cu :

— boala Bouillaud-Sokolski la copii ; aici pot fi prinse şi articulaţiile mici ale degetelor, lăsînd uneori o relaxare în uşoară flexiune cubitală ; este vorba de forma dislocantă a bolii Bouillaud-Sokolski, cu deformarea mîinilor prin hiperlaxitate ligamentară. Deformaţiile nu se extind însă şi nici nu dau invalidităţi ca în P.C.E. Reumatismul Bouillaud-Sokolski se diferenţiază de P.C.E. prin aceea că apare la indivizi mai tineri (în 90% din cazuri sub 15 ani), prezintă mobilitatea şi fugacitatea determinărilor articulare, prinderea inimii şi răspunde la terapia cu salicilat ;

— artropatia psoriazică ; în această afecţiune, leziunile de artrită interfalangiană sînt în articulaţiile distale, nu proximale ca în P.C.E., iar unghiile sînt distruse în parte şi testul Waaler-Rose este negativ ;

— spondilita anchilopoietică, forma de debut periferică sau forma scandinavică ; se întîlneşte în proporţie de 20%, în special la bărbaţi ; mai devreme sau mai tîrziu apar leziunile caracteristice în articulaţiile sacro-iliace sau la coloana vertebrală şi nu există modificări biologice ca în P.C.E. ;

— dactilita sifilitică prezintă degete în formă de fus, dar aici este vorba de copii între 1 şi 3 ani, la care găsim şi eticheta unui sifilis congenital ;

— poliartroza acromegalicilor, asociată cu infecţie de focar ; V.S.H. este mărită, articulaţiile mîinilor sînt prinse, realizînd hipertrofia ultimei falange şi luînd înfăţişarea de degete de tambur ; durerile pot lipsi sau sînt atenuate, iar mişcările sînt păstrate ; uneori, chiar mobilitatea unei articulaţii este crescută din cauza hiperlaxităţii ligamentare ;

— boala Besnier-Boeck-Schaumann se manifestă prin deformări ale degetelor, însoţite sau nu de împăstare a ţesuturilor moi şi de eritrocianoză ; aici nu găsim nici o reacţie periostică, degetele realizînd aspectul de dactilită tuberculoasă sau *spina ventosa*. Examenul radiologic arată prezenţa unor chisturi sau un proces de osteită circumscrisă cu pete de decalcifiere cu aspect tigrat ;

— reumatismul degenerativ al articulaţiilor interfalangiene (proximale — nodulii Bouchard şi distale — nodulii Heberden), unde aspectul clinic nu este de fus, ci de nodozitate ; examenul radiografic arată osteofite şi inele hiperostotice, cu păstrarea interliniei interarticulare. Dificultăţi de diagnostic există atunci

cînd reumatismul degenerativ se asociază cu infecţia de focar sau cînd P.C.E. evoluează concomitent cu un reumatism degenerativ al articulaţiilor mîinilor ;

— guta cronică cu localizări poli- şi oligoarticulare ; în acest caz, diagnosticul se face pe existenţa unei imagini radiologice caracteristice, creşterea acidului uric în sînge şi absenţa modificărilor biologice specifice din P.C.E. ;

— sindromul umăr-mînă dublu, este foarte rar şi se poate confunda cu P.C.E., forma ectosimpatozică ; aici, degetele îmbracă forma de cîrnaţi, sînt cianotice şi bolnavii prezintă tulburări trofice şi circulatorii, iar starea generală nu este alterată ;

— pahidermoperiostoza este o boală familială, ereditară, caracterizată prin edemaţierea degetelor în „baghete de tambur", incurbarea unghiilor în formă de sticlă de ceasornic, îngroşarea şi încreţirea pielii frunţii, dînd aspectul de faţă îmbătrînită, cu toate că boala apare la tineri ;

— boala Raynaud primitivă sau secundară ;

— sclerodermia ; adesea începe cu sindrom Raynaud şi artralgii ; nu rareori bolnavii prezintă o meteorosensibilitate şi o rigiditate articulară ; pe radiografii găsim atrofii ale falangelor terminale, dînd impresia că acestea ar fi fost resorbite.

Trebuie de asemenea făcut diagnosticul diferenţial al P.C.E. adevărate cu o pseudoreacţie reumatoidă.

Diagnosticul de P.C.E. se poate afirma cu toată certitudinea, cînd afecţiunea este întovărăşită de reacţia Waaler-Rose pozitivă. Distincţia este uneori greu de făcut între P.C.E. incipientă şi o reacţie reumatoidă, deoarece la început reacţia Waaler-Rose este negativă şi în P.C.E. Putem cita printre pseudopoliartrite cronice evolutive sau reacţii reumatoide : artropatiile reumatoide prin infecţie de focar, spondilita anchilopoietică forma periferică, colita ulceroasă cu artropatii, lupusul eritematos sistematizat, sclerodermia, dermatomiozita, reacţiile reumatoide din anemia Cooley, artropatiile din anemia pernicioasă, leucemia, boala Kahler, hipercorticismul, poliartritele cu focare cronice amigdaliene, supuraţiile pulmonare cronice, neoplasmul pulmonar şi sindromul Caplan. Reacţiile reumatoide se caracterizează prin aceea că suprimînd cauza, boala primitivă se vindecă. O reacţie reumatoidă care după amigdalectomie se vindecă poate fi considerată drept o pseudopoliartrită cronică evolutivă sau o artropatie reumatoidă.

În cele ce urmează amintim cîteva dintre formele atipice de debut, pe care le-am întîlnit mai frecvent în practica noastră: 1) forma talalgică cu bursită subcalcaneană rebelă şi osteoporoza calcaneului cu geode mari ; 2) forma fibrozitică, care apare mai ales la femei în menopauză, caracterizată prin artralgii şi mial-

gii migratoare, fără să prindă articulaţii, cu V.S.H. mărită ; radiografiile articulaţiilor arată în acest caz osteoporoză ; 3) forma monoarticulară a P.C.E. cu localizare la genunchi, care frecvent este considerată drept tuberculoză ; 4) forma de debut poliarticulară acută sau subacută, care poate simula boala Bouillaud-Sokolski ; apare la adulţi, este rezistentă la salicilat şi se transformă în cîteva luni în P.C.E. clasică ; 5) forma care se manifestă cu artrite acute, cu accese scurte, recidivante, prinzînd mai ales pumnii şi articulaţiile metacarpo-falangiene ; 6) forma de P.C.E. masculină subacută, formă monoarticulară, foarte torpidă, cu V.S.H. normală sau uşor accelerată, cu tendinţa la remisiune spontană ; aici am găsit în 15% din cazuri traumatisme în antecedente. Ca forme visceralizate de P.C.E. notăm : 7) forma complicată cu hepatomegalie şi tulburări funcţionale hepatice, pe care am întîlnit-o în 32% din cazuri ; de cele mai multe ori a fost vorba de distrofie hepatică. La congresul de reumatologie de la Copenhaga din 1947, am comunicat 7 cazuri de P.C.E. cu ciroză hepatică şi ascită ; 8) formele de P.C.E. complicate cu nefropatii ; apar într-o proporţie de 7,5% după crizoterapie, în al 2-lea stadiu de boală şi se manifestă prin albuminurie, hematurie, amiloidoză, glomerulonefrită, sindrom nefrosclerotic ; 9) forma atipică Chauffard-Ramond care apare la bărbaţi tineri cu limfadenopatii ; această formă se manifestă mult mai tîrziu ca P.C.E. ; 10) forma cardiacă, cu determinări valvulare, am întîlnit-o în circa 100 de cazuri în practica noastră medicală ; boala a început de obicei acut, evoluînd ca o cardită benignă, iar mai tîrziu, testele de aglutinare Waaler-Rose şi latex au devenit pozitive ; 11) sindromul Caplan (P.C.E. asociat cu pneumoconioze) apare în urma unei reactivităţi anormale a organismului reumatoid ; densificările pulmonare rotunde întîlnite în această boală se deosebesc din punct de vedere histologic de pneumoconiozele obişnuite, deoarece prezintă zone marginale de ţesut inflamator acut ; 12) P.C.E. asociată cu sclerodermie ; 13) forma scandinavică a spondilitei anchilopoietice reprezintă de multe ori o P.C.E. atipică ; 14) P.C.E. asociată cu gută, formă benignă, pe care am decelat-o adesea în cazurile torpide, de durată lungă, însoţite de hiperuricemie ; este mai frecventă la bărbaţi şi răspunde bine la terapia antigutoasă ; 15) P.C.E. asociată cu acromegalie ; 16) P.C.E. asociată cu boala Paget ; 17) xantomatoza hipercolesterolemică, care simulează o P.C.E.

După vîrstă, P.C.E. poate să îmbrace următoarele forme : a) P.C.E. senilă ; b) P.C.E. la adolescenţi ; c) P.C.E. la adulţi ; d) P.C.E. la copii.

P.C.E. senilă apare între 50 şi 70 de ani ; edemele articulare sînt mai puţin frecvente decît la adulţi ; deviaţiile cubitale, contracturile şi anchilozele apar mai rar, iar osteocondrozele şi leziunile artrozice sînt mai frecvente. Prognosticul este mai favorabil. La bătrîni, P.C.E. este mult mai frecventă la femei decît la bărbaţi.

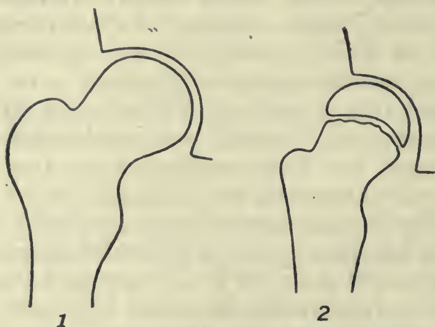


Fig. 4. — Articulaţia coxo-femurală la un copil de 14 ani sănătos (1) şi la un copil de 10 ani cu P.C.E. (2) — articulaţia în poziţie valgus cu subluxaţie incipientă.

P.C.E. la adolescenţi prinde adesea coloana cervicală şi o fixează în atitudine vicioasă (torticolis).

Debutul acut se remarcă în 30% din cazuri, este monoarticular în 25% din cazuri ; frecvent, boala evoluează rapid cu V.S.H. accelerată ; sînt prinse cu predilecţie articulaţiile scapulo-humerale, ale genunchilor, ale pumnilor şi mai rar articulaţiile mici.

P.C.E. la copil poate îmbrăca : 1) forma acută la copiii mici (sindromul Still); 2) forma mai puţin acută (P.C.E. juvenilă); 3) forma mixtă. Forma Still, este însoţită de febră, poliadenopatie, splenomegalie, eriteme şi poliartrite. Boala este relativ rară, factorul ereditar pare să aibă aici importanţă mare. În 10% din cazuri se întîlnesc manifestări cardiace şi pulmonare ; pericardita este manifestarea cardiacă cea mai frecventă.

P.C.E. la copii poate îmbrăca fie forma poliarticulară, fie pe cea oligo- sau monoarticulară ; prinderea simetrică se întîlneşte mai rar. Articulaţiile genunchilor, pumnilor, şi gleznelor sînt cel mai frecvent prinse. Cîteodată, boala începe în coloana cervicală producînd un torticolis permanent şi o anchiloză fibroasă. Prinderea articulaţiilor mîinilor se face rar de la început, degetele fuziforme apărînd rar şi tardiv. Tulburările de creştere, frecvente la copii, interesează mai ales degetul mare şi cel mic şi conduc la apariţia degetelor scurte ; prinderea articulaţiilor temporo-mandibulare realizează aşa-zisa „faţă de pasăre".

În general, semnele radiologice apar mai tîrziu la copii decît la adulţi ; ele nu sînt specifice şi diagnosticul nu se poate baza numai pe examenul radiologic. În multe cazuri, osteoporoza este singura manifestare radiologică. Se mai pot întîlni : periostite, eroziuni, distrucţii cartilaginoase şi alteraţia spaţiului

interarticular. Osteoporoza apare întîi în epifizele mîinilor și picioarelor.

Un semn radiografic tipic în P.C.E. la copil îl constituie îngroșarea periostului juxtaarticular, mai ales la metacarp și metatars. Periostita evoluează rapid între 18 zile pînă la 3 luni după debutul bolii. Cartilajul se subțiază, mai ales la pumni și degete. S-au semnalat chisturi osoase în capul metacarpului la index, leziunile ajungînd la distrucții osoase cu dezaxări și deformații în flexiune.

La șold găsim frecvent, la copii, subluxația capului femural, pe cînd la adult întîlnim protruzia acestuia. De asemenea, la copil, se formează o anchiloză fibroasă la genunchi și coloana cervicală. Anchiloza, asociată cu osteoporoza, predispune copilul la fracturi osoase spontane, care se pot produce chiar cînd acesta stă în pat.

Nu există un test de laborator specific pentru diagnosticul unei P.C.E. infantile ; unii autori au găsit factorul reumatoid prezent numai în 13% din cazuri ; ASLO este mărit în 50% din cazuri, iar V.S.H. în 90% ; leucocitoza este prezentă în 33% din cazuri. Testul de inhibiție Ziff este pozitiv în 50% din cazuri.

La coloana cervicală se constată micșorarea discurilor și a corpurilor vertebrale și cu timpul fuziunea articulațiilor apofizare, mai des, și a articulațiilor corpurilor vertebrale, mai rar.

Apariția tardivă a semnelor radiologice, fuziunea coloanei cervicale, luxațiile în articulațiile coxo-femurale și brahignația, împreună cu tulburările de creștere sînt semne caracteristice de P.C.E. infantilă.

Din punct de vedere radiologic, diagnosticul de P.C.E. la copil este confirmat prin lipsa de proliferare și de scleroză osoasă.

Substratul anatomopatologic în forma de debut, în ceea ce privește articulația, este reprezentat de o atingere discretă a sinovialei (sinovită), tradusă printr-o ușoară hiperproducție de mucină. Concomitent se produce o inflamație minimală a țesutului subsinovial, a capsulei articulare și a tendoanelor. Aceste modificări anatomopatologice, abia schițate în faza de debut, se vor dezvolta la maximum în fazele următoare.

Stadiul al II-lea este stadiul exsudativ. În acest stadiu, articulațiile sînt sediul unei inflamații, care interesează sinoviala, capsula și toate țesuturile articulare, inclusiv fibrele musculare din vecinătatea articulațiilor afectate. Sinovita se caracterizează printr-o reacție exsudativă, care poate fi seroasă, serofibrinoasă sau leucocitară, putînd duce la hidartroză. Inflamația capsulei și a țesuturilor periarticulare produce un edem

periarticular de o consistenţă specială, gelatinoasă. Aceste modificări anatomice au un rol important, deoarece prin sclerozarea şi retracţia ţesuturilor periarticulare se produce o limitare a funcţiilor articulare. Procesele anatomopatologice din faza exsudativă sînt încă reversibile. De obicei însă, ele progresează lent, propagîndu-se de la sinovială la cartilaj şi os şi producînd în decurs de 1—2 ani o adevărată panartrită. În faza exsudativă, boala evoluează prin mici puseuri subacute, care nu se sting niciodată complet ; fiecare nou puseu agravează fenomenele locale şi generale, în mod lent şi progresiv.

Primele manifestări articulare le găsim în general la articulaţiile mici : metacarpo-falangiene (în special ale indexului şi mediusului) şi interfalangiene proximale (atît la mîini, cît şi la picioare). Apoi sînt atinse articulaţiile genunchilor, cele tibio-tarsiene, articulaţiile pumnilor şi ale umerilor. Prinderea articulaţiilor în P.C.E. are următoarele caracteristici : este simetrică ; are predilecţie pentru articulaţiile mici ; unele articulaţii sînt foarte rar prinse (articulaţiile şoldurilor, articulaţiile temporo-mandibulare, sterno-claviculare şi articulaţia metacarpo-falangiană a policelui). În ceea ce priveşte coloana vertebrală am observat rareori o interesare a ei în toată lungimea, spondilita fiind de obicei limitată la regiunea cervicală.

Din punct de vedere clinic, bolnavii se plîng în această fază de dureri şi redoare articulară. Ulterior apar fluxiuni articulare, la început interfalangiene şi metacarpo-falangiene. Din cauza tumefacţiei degetele capătă o înfăţişare fuziformă. Articulaţiile metacarpo-falangiene, în special ale indexului şi mediusului, sînt tumefiate şi dureroase. Pielea local este caldă şi prezintă o uşoară coloraţie roşie. Durerea spontană este mai accentuată noaptea, fiind declanşată prin mişcări active şi pasive. La palparea liniei interarticulare şi a inserţiilor ligamentare şi tendinoase se produc dureri. Flexiunea degetelor este limitată, din cauza tumefacţiei ţesuturilor, a devierilor şi a crampelor musculare. Exsudatul articular este în general redus.

Acest proces inflamator, cu caracter exsudativ, prinde mai mult sau mai puţin rapid articulaţiile pumnilor, ale genunchilor, coatelor şi articulaţiile tibio-tarsiene, care devin de asemenea tumefiate şi dureroase. Atrofiile musculare regionale se instalează de timpuriu. Este caracteristică atrofia muşchilor interosoşi ai mîinilor, care duce la descărnarea spaţiilor intermetacarpiene, evidenţiate prin tumefacţia articulaţiilor metacarpo-falangiene şi radio-cubito-carpiene. Atrofia cuprinde repede muşchii antebraţelor, ai gambelor şi ai coapselor. Cauza acestei atrofii precoce ar fi o tulburare nervoasă, de origine

reflexă, cu punct de plecare în articulaţia bolnavă ; dacă articulaţia inflamată se vindecă, atrofia poate să dispară.

Din punct de vedere radiologic, în faza aceasta a P.C.E., exsudatele articulare se observă pe radiografii ca umbre ale ţesuturilor moi. Dacă aceste exsudate persistă un timp îndelungat produc dilataţia capsulei articulare, care are ca urmări tardive subluxaţii şi dezaxaţiuni ale articulaţiilor. La mîini se formează contracturi cu deviaţia cubitală a degetelor. La cot, sinovita apare frecvent, dînd un exsudat ; la genunchi, sinovita dă o gonită, simulînd uneori o tumoare albă, mai ales în formele atipice întîlnite la bărbaţi. Articulaţiile coxo-femurale în P.C.E. sînt prinse rar. Tarsul suferă de la început, ca şi carpul ; la fel degetele piciorului.

Dacă la început modificările sînt minime, leziunile interesînd sinoviala, ulterior ele se însoţesc şi de decalcifiere osoasă şi epifizele iau aspectul „şters"; apar alteraţii distructive, spaţiul interarticular se micşorează, osteoporoza se accentuează, dînd uneori geode subcondrale în scafoid şi carp. Aici nu găsim condensare subcondrală ca în artroze, ci, din contra, osteoporoză accentuată ; în stadiul mai avansat apare şi distrucţia epifizei şi fibroză.

Deci, în stadiul al II-lea al bolii, din punct de vedere radiologic, se observă : edem articular şi periarticular ; osteoporoză ; mărirea sau micşorarea spaţiului interarticular ; schimbări de contur osos (proliferare sau distrucţie). În stadiul al II-lea, cu edeme fuziforme periarticulare ale degetelor, găsim o decalcifiere generală a scheletului mai pronunţată la mîini ; micşorarea spaţiului articular denotă uzura cartilajului.

În acest stadiu exsudativ întîlnim şi prezenţa lichidului în articulaţiile genunchilor, coatelor şi mai rar ale pumnilor.

În sindromul Still, în stadiul exsudativ, toate articulaţiile pot fi edemaţiate, întîlnindu-se în plus adenosplenomegalie. Edemul acut al ţesuturilor moi şi exsudatele articulare în stadiul mai avansat dispar şi apare îngroşarea cronică a sinovialei şi a capsulei articulare. În acest stadiu putem găsi microgeode în regiunea subcondrală ; geodele mari le întîlnim mai rar şi mai ales la băieţi. Totuşi, dacă încetează activitatea procesului reumatoid în orice stadiu, osteoporoza poate regresa, osul se poate densifica şi nu se mai formează alte deformaţii osoase ; cele existente sînt însă ireversibile.

În coxita din P.C.E. întîlnim trei elemente anatomice : 1) panus ; 2) reacţii medulare osoase ; 3) circulaţie colaterală periarticulară. Coxita din P.C.E. se deosebeşte, prin multiplicarea alteraţiilor radiologice, de coxita din spondilita anchilopoietică, în care se remarcă uniformitatea modificărilor radiologice.

Conservarea volumului osos din coxita spondilitei anchilopoietice contrastează cu reducerea considerabilă a volumului capului femural şi, uneori, cu protruzia acetabulară din P.C.E.

Stadiul al III-lea (productiv). În acest stadiu, exsudatul fibrinos se transformă într-un ţesut granulos. Substanţa cartilaginoasă suferă pe alocuri o degenerescenţă hialină ; ea devine neregulată, îşi pierde elasticitatea şi umiditatea şi este înlocuită printr-un neocartilaj fibros, neelastic, deficient din punct de vedere funcţional. Suprafeţele articulare, care au devenit neregulate, nu mai corespund, iar funcţia articulară este foarte mult îngreuiată. Leziunile cartilajului, asociate cu capsulită, periartrită, tendinite cronice sclerozante şi retracţii, duc la deformări şi subluxaţii. Sinoviala dă uneori proliferări papilomatoase, care, pătrunzînd în cavitatea articulară, grăbesc anchiloza prin panusul fibros. Osul este de asemenea interesat în procesul inflamator. La început observăm o decalcifiere difuză sau lacunară sub formă de microgeode ; mai tîrziu se poate produce o adevărată osteoliză a epifizelor, la care se adaugă uneori un proces de scleroză şi de densificare. Extremităţile epifizare se măresc, uneori apărînd în vecinătatea oaselor mici depozite osoase (osteofite).

În faza productivă, articulaţiile prezintă trei simptome majore : deviaţii, deformări şi anchiloze, care se asociază între ele într-un mod particular la fiecare bolnav.

Deviaţiile sînt schimbări în poziţia oaselor, care fac ca axele longitudinale a două oase vecine să nu mai fie în prelungire, ci să formeze între ele un unghi. Prin evoluţia procesului anatomic, aceste deviaţii devin cu timpul ireductibile. Cea mai caracteristică şi mai frecventă este deviaţia degetelor spre marginea cubitală *(main en coup de vent).* Cauza acestei deviaţii pare să fie poziţia antalgică, contractura şi scleroza anumitor grupe musculare. Rolul cel mai important îl au flexorii degetelor care, fiind mai puţin atrofiaţi decît extensorii, exercită pe lîngă flexiune şi o tracţiune cubitală a degetelor. Printr-un mecanism asemănător se produce deviaţia externă a degetelor de la picioare.

Deformaţiile se datoresc întinderii procesului inflamator la cartilaj şi os, avînd ca substrat panartrita. Articulaţiile sînt mărite de volum, adesea în mod neuniform, pentru că la îngroşarea părţilor moi se adaugă revărsate intraarticulare şi hipertrofia extremităţilor osoase. Subluxaţiile contribuie şi ele în mare măsură la producerea deformaţiilor. Mişcările sînt limitate şi dureroase, cu producerea de cracmente. La palpare, articulaţia are o consistenţă neomogenă, iar extremităţile osoase şi sinoviala sînt dureroase la apăsare.

Anchilozele sînt fixări definitive ale articulaţiilor, produse prin procese intraarticulare (hiperplazie de ţesut fibros şi uneori încrustarea cu săruri de calciu) şi prin procese periarticulare (retracţia şi scleroza capsulei, a ligamentelor, tendoanelor şi muşchilor vecini). Aceste procese, asociindu-se în proporţii diferite, fixează articulaţiile în poziţii particulare. Degetele de la mînă pot fi fixate în rectitudine, în hiperextensie, în formă de gheară sau în zig-zag. Cîteodată nu toate degetele au aceeaşi poziţie, unele fiind în flexiune, altele în extensiune. Genunchii şi coatele se fixează în semiflexiune, iar braţele în abducţie. Articulaţiile pumnilor sînt fixate rareori în flexiune, de obicei în rectitudine. Articulaţia tibio-tarsiană este deformată în valg sau în varus ecvin. Coloana vertebrală este prinsă tîrziu, de obicei în regiunea cervicală, care devine rigidă.

În raport cu procesul care predomină (hidartroză, inflamaţie periarticulară, fibroză intra- sau extraarticulară) iau naştere diferite tipuri clinice : tipul sclero-edematos cu infiltraţie dură şi omogenă periarticulară ; tipul hidartrozic cu exsudat abundent intraarticular, reproducîndu-se repede după puncţie ; tipul dislocant, în care articulaţiile interfalangiene şi metacarpofalangiene prezintă o mobilitate excesivă, datorită relaxării aparatului capsulo-ligamentar ; tipul telescopant, în care epifizele erodate se întrepătrund, ducînd la o scurtare a segmentului respectiv ; tipul anchilozant, cu predominanţa fibrozei capsulare, a aderenţelor intrasinoviale şi a fuziunilor osoase.

Fazele exsudativă şi productivă nu sînt totdeauna strict separate ; din intricarea lor rezultă faza sau stadiul intermediar, denumit exsudativo-productiv.

În aceste stadii (productiv şi exsudativo-productiv), pe lîngă fenomene articulare, bolnavii prezintă şi o serie de simptome generale : febră, tahicardie, astenie, slăbire, achilie gastrică etc. Splenomegalia discretă şi adenopatia regională, observate uneori, denotă o cointeresare a sistemului reticulo-endotelial.

Tabloul radiologic cel mai elocvent în P.C.E. îl întîlnim la mîini, unde degetele sînt dislocate sau anchilozate, iar oasele articulaţiilor pumnilor pot forma un bloc atrofic şi deformant. Articulaţiile metacarpo-falangiene şi interfalangiene proximale sînt deformate şi grav lezate, pe cînd cele interfalangiene distale sînt relativ bune.

În extremităţile inferioare, cu timpul se formează un picior plat, cu deformări mari ale degetelor. În caz că boala evoluează, epifizele iau la examenul radiologic un aspect flu, apar alteraţii distructive, iar spaţiul interarticular dispare, extremităţile osoase formînd un bloc.

Din punct de vedere radiologic mai putem întîlni : osteoporoză chistică ; îngroşarea marginilor osoase ; osteofitoză ; distrucţii osoase şi eroziuni.

În faza exsudativo-productivă întîlnim : edem fuziform al ţesuturilor moi periarticulare ; decalcifierea generală a scheletului, mai marcată la degete ; exsudat articular depistat prin lărgirea degetelor ; micşorarea cu timpul a spaţiului interarticular, care denotă distrucţia cartilajului ; în stadiul tardiv, articulaţiile de suport ale corpului (coxo-femurale şi ale genunchilor) se hipertrofiază ; tîrziu, în cazurile grave, edemul periarticular este aproape dispărut, dezvoltîndu-se o atrofie remarcabilă ; se constată distrucţia cartilajului şi prezenţa osteofitelor, a deformaţiilor şi a anchilozelor ; dacă procesul activ se opreşte, densitatea osoasă se măreşte ; se constată trecerea de la osteoporoză spre os normal.

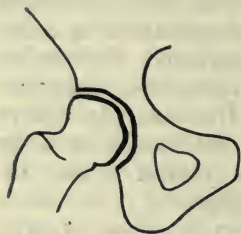


Fig. 5. — P.C.E. formă destructivă (coxită, cu capul femural aplatizat).

Tardiv în articulaţiile carpului găsim geode, dispariţia interliniilor articulare, oasele carpului formînd un bloc osos, sudat la oasele antebraţelor.

În P.C.E. cu coxită, examenul radiologic evidenţiază : subţierea interliniei articulare la partea centrală, prezenţa unei decalcifieri difuze, absenţa osteofitozei, iar într-un stadiu mai avansat protruzia acetabulară.

În forme de P.C.E. cu manifestări atipice putem găsi forme cu hidartroze multiple (genunchi, pumni, cot) şi forme rare cu osteoliză, dînd un veritabil telescopaj.

La genunchi şi la articulaţiile tibio-tarsiene găsim adesea hipertrofie osoasă, asociată cu atrofie şi anchiloză.

Leziunile coloanei cervicale se întîlnesc mai frecvent pe radiografiile bolnavilor de P.C.E. a căror afecţiune a debutat în copilărie. În P.C.E. juvenilă, subluxaţiile întîlnite se produc mai frecvent între atlas şi axis ; aici, fuziunea între articulaţiile apofizare este relativ frecventă.

În fazele tardive ale bolii, la nivelul articulaţiei coxofemurale se constată o neregularitate a conturului capului femural ; capul femural este redus de volum, dînd impresia că are aceeaşi mărime ca şi colul femural. Uneori, şoldul se blochează, iar la radiografie apar geode multiple, cu o structură analogă cu cea din artroză. La marginea capului femural apare uneori un pinten osos ; mai tîrziu apare şi o consolă pe marginea corticalei,

formînd adevărate cupole de osteofite, dînd imaginea de dublu fund.

În formele mutilante ale coxitei din P.C.E., distrucţiile sînt întinse, ajungînd pînă la o adevărată amputaţie a segmentului supero-extern al capului femural.

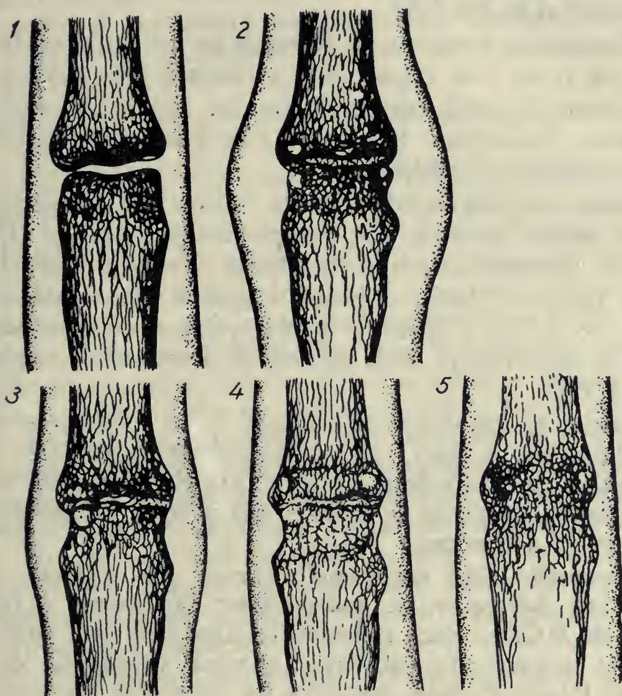


Fig. 6. — Articulaţie interfalangiană normală (1) şi în P.C.E. [stadiul de debut, cu edem periarticular (2), stadiul al doilea cu micşorarea spaţiului articular, osteoporoză şi chiste (3), stadiul productiv (4), stadiul de anchiloză (5)].

Coxita în P.C.E. apare la toate vîrstele, de obicei tardiv, îmbrăcînd forma cronică, fibrozantă, iar radiologic dînd un aspect de artroză.

Anchilozele osoase în P.C.E. sînt mai frecvente în articulaţiile cu mobilitate mică, cum ar fi articulaţiile sacro-iliace sau articulaţiile oaselor carpului. Muşchii în jurul articulaţiilor se atrofiază foarte mult.

Testele pentru depistarea factorului reumatoid și a factorului lupic în P.C.E.

Probele serologice utilizate pentru diagnosticul P.C.E. confirmă un mare număr de cazuri diagnosticate clinic și contribuie la depistarea formelor precoce și atipice. Reacțiile acestea însă sînt pozitive și în alte boli.

Metodele de cercetare se bazează pe evidențierea factorului reumatoid și au fost expuse mai amănunțit în partea generală.

Probele de evidențierea factorului reumatoid sînt : testul de fixarea latexului ; testul de hemaglutinare Waaler-Rose-Heller și testul de inhibiție Ziff.

Probele serologice sînt foarte utile, însă la început sînt pozitive numai în 44% din cazuri, iar la copii în 18% ; cu cît boala înaintează, proporția crește, ajungînd pînă la 90%.

La începutul bolii, o probă negativă nu exclude un diagnostic de P.C.E. ; chiar o probă pozitivă nu trebuie luată uneori în considerație decît în cadrul simptomelor clinice pozitive de P.C.E.

Testele de laborator au valoare și în depistarea gradului de evolutivitate a bolii ; astfel, testele de aglutinare sînt mai net pozitive în perioadele de activitate decît în cele de remisiune ; după o evoluție de peste 5 ani a bolii, testele de aglutinare încep să diminueze.

În cazurile cînd simptomele clinice sînt discrete, reacțiile pozitive de laborator ne îndreptățesc să punem diagnosticul precoce de P.C.E. ; dacă simptomele clinice nu sînt concludente, rezultatul negativ de laborator elimină prezumția diagnosticului de P.C.E. Probele negative de laborator nu exclud diagnosticul de P.C.E., cînd simptomele clinice și radiologice pledează pentru această boală.

Printre testele de laborator pentru depistarea bolilor de colagen, amintim : corpusculii lupici, rozeta lupică și celulele lupice, descrise de Hargraves în sîngele periferic și în măduva osoasă.

Alte probe utilizate în P.C.E. sînt : intradermoreacția cu antigen streptococic polivalent ; testul cu roșu de Congo pentru amiloidoza în P.C.E. etc.

Simptomele clinice, împreună cu semnele radiologice și testele de laborator ne ajută în punerea unui diagnostic cît mai precoce și în determinarea gradului de activitate a bolii în vederea unei terapeutici adecvate.

Tratamentul în P.C.E.

Tratamentul medicamentos în P.C.E. se realizează prin *hormonoterapie corticală, crizoterapie, antimalarice de sinteză, derivați pirazolonici, salicilați și vitaminoterapie.* Această medicație trebuie prescrisă după forma, stadiul și reactivitatea bolnavului. Frecvent, medicamentele amintite se pot combina. În marele arsenal terapeutic medicamentos, descoperirea cortizonului a însemnat deschiderea unei căi noi în medicină atît pe plan teoretic, cît și practic.

Vom aminti mai jos preparatele hormonale romînești similare cu cele străine :

1. *Prednisonul,* care are o activitate antiinflamatoare și antialergică de 4—5 ori mai puternică decît a cortizonului. Indicația majoră a Prednisonului o constituie formele de P.C.E. cu evoluție rapidă și mutilantă. Nu se folosește terapia cu hormoni decît în cazurile în care alte metode terapeutice nu se dovedesc eficace. Cu ajutorul hormonului corticoid se poate ajunge la o reducere a suferințelor sau la încetinirea producerii leziunilor ireversibile. Noi nu utilizăm hormonoterapia în perioada de acalmie a bolii, cu V.S.H. normală. Totuși, atunci cînd există necesitatea administrării corticoterapiei pentru suprimarea atacului articular, principiul nostru este să-l prescriem cît mai rar, în doze cît mai mici și într-un timp cît mai scurt posibil. Prednisonul este prezentat sub forma de comprimate, conținînd 5 mg. Δ_1-cortizon. Rar începem cu mai mult de 3 comprimate/24 de ore. Doza se va mări numai atunci cînd organismul este suprasolicitat (boli febrile, operații), ajungînd pînă la 40 mg/zi. În general, tratamentul se începe cu doze mai mari, care apoi sînt scăzute cît mai repede posibil, pentru a se trece la doza de întreținere, care este doza minimă eficace. În formele cronice de P.C.E., dozele de întreținere vor fi de 1 comprimat și jumătate/zi (3 jumătăți luate din 8 în 8 ore), la care se mai poate adăuga 2—3 g aspirină sau piramidon și 1 comprimat de Clorochin, luat după masă. Perioada de terminare a tratamentului hormonal pune deseori probleme dificile. Niciodată tratamentul nu se va întrerupe brusc.

Din cauza inhibiției hipofizare, produse de Prednison, și a atrofiei suprarenale consecutive, la orice bolnav tratat mai mult de 3 săptămîni cu hormoni corticoizi se va administra în ultimele 3 zile de tratament cîte 25 u. ACTH intramuscular sau în perfuzie ; administrarea de testosteron în timpul tratamentului, 1—2 fiole/săptămînă, este de asemenea necesară.

ACTH produs la noi în ţară este *corticotrofina A*, flacoane de 50 u. Răspunsul la ACTH depinde de reactivitatea cortico-suprarenalei, care variază foarte mult de la individ la individ.

Întrebuinţarea de ACTH se face pentru stimularea cortico-suprarenalei spre sfîrşitul tratamentului cu glicosteroizi şi pentru probele de explorare funcţională a cortico-suprarenalei (proba Thorn). Apariţia rezistenţei la ACTH este frecventă, mai ales cînd se administrează fără întrerupere. ACTH nu este indicat în tratamentul insuficienţei suprarenalei.

Cînd tratăm P.C.E. cu corticoizi trebuie să intercalăm, la tratamentul prelungit cu Prednison, 1—3 zile de ACTH pentru a evita una dintre cele mai grave complicaţii ale hormonoterapiei prelungite — *inerţia suprarenală* — responsabilă de accidente, cîteodată mortale, survenite mai ales la întreruperea bruscă a tratamentului ; *deci cînd se administrează ACTH nu se opreşte niciodată corticoterapia.*

Toate aceste fapte trebuie să ne facă mai atenţi cînd utilizăm corticoterapia în P.C.E. Fracturile ivite sub corticoterapie apar mai ales la femei, în timpul menopauzei şi la bolnavii cu P.C.E. care au necesitat imobilizări de lungă durată. Aici trebuie să adăugăm vitamina D_2, medicaţia anabolizantă (Dianabol, Madiol) şi săruri de calciu. Nu numai osul, dar şi cartilajul suferă din cauza corticosteroizilor ; sînt cunoscute atingerile osteo-cartilaginoase ale şoldului şi protruziile acetabulare după corticoterapie prelungită.

Industria noastră de medicamente ne-a pus la dispoziţie şi Supercortizolul, Superprednolul, iar pentru administrare locală hidrocortizonul acetat.

2. *Supercortizolul* este Δ_1-hidrocortizon, care reţine ceva mai mult clorura de sodiu decît Prednisonul, avînd în acelaşi timp o acţiune diabetogenă mai accentuată ; are avantajul că, administrat pe cale parenterală, el rămîne o vreme mai îndelungată în organism sub formă activă. Se prezintă în fiole de 1 ml, în suspensie apoasă, injectabil intramuscular. Noi îl întrebuinţăm în cazurile în care starea bolnavului nu permite administrarea orală.

3. *Superprednolul* este 16-α-metil-9α-fluoroprednisolon. Pare mai puţin diabetogen şi mai puţin iritant gastric decît Prednisonul ; osteoporoza este mai redusă ; purpura apare mai rar. În reumatism, efectul este rapid şi puternic la doza de 0,4—2,8 mg/zi. Principiul şi aici trebuie să fie administrarea de doze minime ; la copii şi adolescenţi, chiar cu doza de 1 mg/zi, după 3 săptămîni de tratament, pot să apară semne de retenţie hidrosalină. Doza medie este de 3 mg/zi ; dozele de întreţinere sînt de 0,5 mg/zi.

Produsul Superprednol este prezentat în comprimate de 0,5 mg. Noi îl utilizăm în cazurile de P.C.E., în care bolnavii nu mai reacţionează la Prednison sau la cei cu tulburări digestive, diabet sau osteoporoză.

Dintre corticoizi, în prezent, este considerat ca cel mai bun *Betametazonul,* care este de 5 ori mai puternic decît Prednisonul, de 4 ori decît Triamcinolonul, de 2 ori decît Parametazonul şi ceva mai puternic decît Dexametazonul (Superprednolul). Doza de atac în Betametazon este de 3 mg/zi, iar doza de întreţinere 1,5 mg/zi. Combinaţia Betametazon cu Triamcinolon este adesea utilă.

Cel mai nou antireumatic care se utilizează în P.C.E. este *Indometacinul,* care este un derivat al triptofanului, avînd formula (1-p-clorbenzol-5-metoxi-2-metilindol-3-acid acetic); nu este nici corticosteroid, nici derivat pirazolonic; are acţiune rapidă şi intensă antiinflamatoare. Doza este 200—300 mg/zi. Efecte toxice serioase nu s-au observat, totuşi în 50% din cazuri dă cefalee şi ameţeli, cîteodată şi tulburări gastro-intestinale. Nu influenţează V.S.H., tabloul sanguin, testele funcţionale şi renale, nu măreşte greutatea corporală. Prin tratament cu Indometacil se ameliorează mobilitatea articulaţiilor, cedează durerile şi edemul în 70% din cazuri.

Combinaţia de corticosteroizi cu steroizi anabolici, de exemplu, Parametazonul cu Oximetalonul, care permite reducerea dozei corticosteroizilor cu 40%, se poate recomanda uneori.

La centrul de reumatologie din Bucureşti căutăm să utilizăm cît mai puţin corticosteroizi pe cale parenterală, însă administrăm destul de frecvent hidrocortizonul intraarticular sau la locul dureros.

Hidrocortizonul-acetat romînesc este în suspensie apoasă de microcristale, conţinînd 25 mg substanţă/1 ml. La injecţia făcută în cavitatea articulară se produce o rapidă dispariţie a microcristalelor din lichidul sinovial, ele fiind absorbite de membrana sinovială. Ameliorarea clinică se produce deseori în cîteva ore şi persistă zile sau săptămîni.

Un alt tratament relativ recent în P.C.E. e reprezentat de antimalaricele de sinteză: Plaquenilul, Nivaquinul, Resochinul. Industria noastră a scos preparatul Clorochin. Pînă în prezent nu este clarificat în ce constă efectul antireumatic al antimalaricelor; poate, combinîndu-se cu acidul dezoxiribonucleic, opreşte depolimerizarea. Efectele toxice ale antimalaricelor se manifestă prin tulburări gastro-intestinale şi vizuale, dispnee, cefalee, ameţeli şi dermatite. Oprirea tratamentului cu antimalarice este necesară în 5—15% din cazuri; tratamentul este contraindicat la bolnavii care suferă de boli renale, hepa-

tice, pulmonare, psoriazis şi la cei hipersensibili faţă de chinină. Se recomandă multă prudenţă atunci cînd se asociază cu sărurile de aur sau fenilbutazona, pentru a nu se acumula toxicitatea lor. Complicaţii care se întîlnesc mai rar după antimalaricele de sinteză sînt anemia, leucopenia şi retinopatiile. Răspunsul la tratamentul cu antimalarice este tardiv (în 2—3 luni) şi nu prompt ca după hormonoterapie.

Antimalaricele au un efect bun în 40% din cazuri, slab în 20% din cazuri, fără efect la 40% din cazuri. Se recomandă combinaţia : antimalarice şi hidrocortizon intraarticular. În recidivele apărute în urma tratamentului cu antimalarice s-au încercat doze moderate de fenilbutazonă asociate cu hidrocortizon intraarticular, cu rezultate bune. Asocierea de antimalarice cu corticosteroizi permite reducerea corticosteroizilor.

În terapia de bază a P.C.E. se utilizează *aspirina, salicilatul de sodiu, piramidonul şi fenilbutazona,* la care se mai adaugă uneori şi medicaţie calmantă : Meprobamat, Niamid, relaxante musculare şi vitamina C şi B ; R. Brauner şi colab. au obţinut rezultate bune prin hialuronidază testiculară.

Să nu uităm că în P.C.E., cel mai bun tratament rămîne tot crizoterapia care singură poate modifica în bine evoluţia P.C.E.

Altă cauză a creşterii recidivelor la bolnavii studiaţi, a fost asocierea poliartritei cu diferite stări morbide.

În studiul nostru făcut cu P. Rîmneanţu, O. Ghenoiu şi R. Petcu, pe 150 de bolnavi de P.C.E., principalele *scheme terapeutice* folosite au fost : a) Solganal : b) hormoni corticoizi, local şi general ; c) hormoni corticoizi şi antimalarice de sinteză (AMS); d) hormoni şi crizoterapie, ambele în doze mici ; e) hormoni, local, AMS şi solganal ; f) AMS.

Cei 150 de bolnavi au primit toţi în timpul spitalizărilor una din schemele de tratament de mai sus ; în perioadele dintre internări, 78% din bolnavi au continuat schema terapeutică din spital ; 18% au modificat schema terapeutică indicată în spital fie din cauza evoluţiei particulare a bolii, fie din proprie iniţiativă, 4% din bolnavi nu au făcut nici un tratament în perioadele dintre spitalizări. Tratamentul aplicat bolnavilor a fost individualizat în funcţie de stadiul de boală, forma clinică şi reactivitatea particulară fiecărui bolnav, iar alegerea medicamentelor a fost făcută, pentru a da maximum de eficacitate şi cele mai puţine accidente. În acest sens, orientarea noastră a fost de a folosi, în formele de început ale bolii, scheme de tratament care cuprind mai ales aspirina şi AMS ; în cazul cînd acestea nu au dat rezultate am adăugat Solganal în doze moderate 0,01 g/săptămînă. Hormonoterapia s-a aplicat în doze

variind între 5 şi 25 mg ; cînd starea bolnavului a impus-o am preferat hormonoterapia locală, asociată cu aspirina şi AMS, mai ales în formele care au depăşit stadiul algic.

Noi utilizăm mai rar în P.C.E. fenilbutazona, din cauza toleranţei dificile ; atunci cînd recurgem la ea nu o asociem cu hormoni corticoizi, deoarece efectele nocive ale ambelor medicamente se cumulează.

Adăugăm acestor medicamente anabolizante, de tipul Madiolului (în scopul ameliorării stării generale şi potenţării dozelor mici de hormoni), vitamina C (pentru binecunoscutele efecte de protecţie ale peretelui vascular şi de stimulare a glandei suprarenale), precum şi aspirină sau piramidon.

Rezultate foarte bune am obţinut utilizînd Solganalul singur sau asociat cu AMS şi aspirină ; în 72,8% din cazuri am obţinut remisiuni de lungă durată, de 1 pînă la 3 ani. În aprecierea acestor rezultate trebuie să ţinem seama că Solganalul a fost aplicat în stadiile de început ale bolii şi în formele moderat active. Totalul cazurilor din studiul nostru care a primit această schemă a fost redus ; majoritatea bolnavilor cercetaţi fiind în stadii de boală înaintate şi avînd forme intens active, numai corticoterapia a fost eficientă temporar.

Schema terapeutică cu corticoizi s-a aplicat în doze care au variat între 5 şi 25 mg/24 de ore, în funcţie de necesitate, cu doze de întreţinere de 5—7,5 mg/zi. În aceste cazuri, 70,5% dintre bolnavi au prezentat remisiuni între 1 şi 6 luni, boala revenind de obicei la întreruperea hormonilor corticoizi. Un alt grup de bolnavi au primit hormoni în dozele de mai sus şi antimalarice de sinteză în doze de 100 mg/zi ; 68,2% au avut remisiuni de durată scurtă, variind între 1 şi 6 luni.

Dintre bolnavii cărora li s-au administrat corticoterapie şi crizoterapie, 83,4% au prezentat remisiuni de durată mijlocie, între 6 şi 12 luni şi între 1 şi 3 ani, cu rărirea recidivelor şi cu forme mai puţin grave de recidivă.

Rezultate asemănătoare grupului tratat prin asocierea hormonilor cu Solganal am obţinut prin administrarea simultană a Solganalului în doze mici cu AMS, hormoni local şi aspirină, mai frecvent în stadiile de început.

Din lotul la care s-au folosit numai AMS, o proporţie de 38,4% bolnavi au prezentat ameliorări de scurtă durată, între 1 şi 6 luni, cu o frecvenţă mai mare a recidivelor.

Cele mai durabile rezultate, remisiuni lungi, recidive rare şi mai puţin grave, le-a dat tratamentul cu Solganal în doze de 0,01 g/săptămînă, asociat cu corticoizi în doze mici de 5—10 mg/zi (de obicei 7,5 mg Prednison), care a rărit recidivele la

83,4% din bolnavi şi a scăzut procentul de bolnavi cu evoluţie continuă.

După experienţa noastră, această asociere permite o mai bună toleranţă a crizoterapiei, evitînd efectele nedorite ale acesteia şi permiţîndu-ne întreţinerea unei stări de bine a bolnavului, cu doze mult mai mici de hormoni decît ar folosi în mod obişnuit.

Coste apreciază că administrarea de săruri de aur după corticoterapie nu este lipsită de pericole, din cauza fenomenelor de inhibiţie suprarenală secundară tratamentului hormonal şi sfătuieşte să se înceapă crizoterapia la 6 săptămîni după oprirea hormonului. Or, experienţa ne-a arătat că suprimarea tratamentului cu corticoizi, în această perioadă, duce la reapariţia rapidă a unei recidive, pe care tratamentul cu aur nu o va putea amenda în timp scurt, dat fiind cunoscuta sa acţiune lentă şi posibilitatea exacerbării fenomenelor inflamatoare la primele injecţii de aur.

După crizoterapie cu doze mici, reacţia obişnuită de exacerbare temporară a fenomenelor inflamatoare este foarte discretă şi astfel bolnavilor li se evită pericolul recidivelor, cît şi al intoxicaţiei cu săruri de aur ; pe de altă parte, dozele mici de hormoni, care se dau asociate, nu suprimă reacţia terapeutică a crizoterapiei.

Administrarea simultană a celor două medicamente, în formele în care reacţia inflamatoare intensă a fost moderată iniţial cu corticoterapie, permite evitarea unor neplăcute incidente şi adaugă la efectele spectaculare, dar tranzitoare ale cortizonului, rezultatele de durată pe care le scontăm de la tratamentul cu săruri de aur ; se răresc recidivele, se micşorează gravitatea, limitîndu-se progresivitatea bolii.

În ceea ce priveşte frecvenţa recidivelor rezultă că eşecurile ţin, în afară de felul tratamentului şi de momentul cînd acesta a fost instituit, de felul în care a fost urmat şi de eventualele complicaţii şi accidente ivite pe parcurs. Din datele noastre reiese că una din cauzele importante ale creşterii frecvenţei recidivelor este instituirea tîrzie a tratamentului. În 68% din cazuri s-au obţinut ameliorări atunci cînd durata intervalului dintre debutul bolii şi începutul tratamentului ştiinţific aplicat a fost mai scurtă de 1 an. Cu cît tratamentul a fost mai precoce, rezultatele în ceea ce priveşte progresivitatea bolii au fost mai bune.

Sărurile de aur se dau în stadiul activ al P.C.E. şi nu se dau în formele ireversibile. Dozajul trebuie individualizat. Noi facem Solganal B oleosum 20%, începînd cu o diviziune dintr-o seringă de 1 ml (0,02 g) săptămînal şi mărind doza pînă la 3 diviziuni. Facem pauză 3 luni şi repetăm. Bune rezultate dă cri-

zoterapia urmată de antimalarice. Noi utilizăm, cu rezultate bune în cazurile unde nu putem opri corticoterapia, doze mici de Prednison (10 mg) combinate cu săruri de aur.

Tratamentul în P.C.E. infantilă. Tratamentul se adresează nu numai articulaţiilor, ci şi organismului în întregime. Repausul combinat cu fizioterapia are o mare importanţă. Articulaţia bolnavă trebuie pusă în atele ; trebuie făcută fizioterapia care ajută să prevină deformaţiile, contracturile, foarte precoce la copii, precum şi atrofiile musculare. Ca tratament medical se dă salicilat, butazolidină, antimalarice de sinteză şi hidrocortizon intraarticular. Hormonoterapia se face cu prudenţă, pe timp scurt. Tratamentul ortopedico-chirurgical se recomandă, pentru a evita deformaţiile în flexiune ; se face sinovectomia, mai rar osteotomia.

Prognosticul este rezervat, boala nu se vindecă, recidivează, iar exacerbările pot surveni şi după 20 de ani de inactivitate a procesului reumatoid. Remisiunile prelungite sînt un semn de prognostic bun, iar debutul în fragedă copilărie indică un prognostic sumbru ; chiar în absenţa simptomelor articulare, starea reumatoidă în P.C.E. la copil persistă.

După noi, P.C.E. este boala cel mai dificil de tratat cu factori naturali de cură şi agenţi fizici ; trebuie să-i utilizăm, numai atunci cînd cunoaştem la perfecţie reactivitatea bolnavului în cadrul tratamentului complex, în care terapia medicamentoasă este pe primul plan şi numai dacă avem posibilitatea să urmărim bolnavul.

În cele ce urmează, după ce vom arăta foarte succint factorii naturali şi agenţii fizici utilizaţi în tratamentul P.C.E., vom expune tratamentul balneo-fizioterapic.

Prin balneoterapie putem, pe de o parte să prevenim îmbolnăvirile aparatului locomotor, fortificînd şi călind organismul (latura preventivă a balneoterapiei) ; iar pe de altă parte putem trata sechelele după diferite afecţiuni ale acestui aparat sau să întregim tratamentul complex făcut anterior (latura curativă a balneoterapiei). Tratamentul balnear nu trebuie făcut la întîmplare.

Trimiterea reumaticilor la băi (P.C.E.) pentru a obţine rezultate bune trebuie să fie făcută în aşa mod, încît să normalizeze starea de reactivitate ; numai în felul acesta cura balneară va fi utilă.

Medicul care trimite la cură un reumatic sau prescrie fizioterapie trebuie să cunoască complicaţiile eventuale, care pot surveni şi cum va evolua reumaticul după sau în timpul acestei cure, adică să întrezărească şi prognosticul reumaticului

Starea de reactivitate este strîns legată de starea trofică, metabolică, hormonală şi de starea sistemului neuro-vegetativ ; aceşti factori variază după sex, vîrstă şi constituţie.

Tratamentul balneo-fizioterapic este un tratament funcţional şi patogenetic şi aici precizarea diagnosticului are o deosebită importanţă, stabilindu-se în fiecare caz stadiul de boală. În stadiile cronice, torpide şi areactive ale P.C.E. se pot indica factori balneari mai excitanţi (Amara, Techirghiol), băi sărate concentrate (Ocna Sibiului, Sovata) sau sulfuroase termale (Herculane). În stadiile acute sau subacute ale P.C.E. nu se recomandă trimiterea la băi.

Starea de oboseală de asemenea comportă indicaţii speciale. Bolnavii obosiţi nu suportă băile sărate concentrate sau băile sulfuroase termale (care dau insomnii, slăbirea forţelor etc.), dar suportă băile de la Victoria sau băile sărate de la Ocna Sibiului.

Pentru convalescenţi şi debilitaţi se indică staţiunile slab mineralizate şi slab excitante, cu efect tonifiant, cum sînt cele cu ape sărate iodurate de la Bazna sau cele cu ape diluate de la Ocna Sibiului.

Un alt factor, de care trebuie să ţinem cont este anotimpul : în sezonul de iarnă se vor trimite la băi reumaticii cu dureri minime, fără procese inflamatoare mari ; în sezonul cald se vor trimite bolnavii cu afecţiuni inflamatoare mai accentuate, însă fără dezechilibru nervos marcat.

Poliartrita cronică evolutivă cere multă atenţie pentru o justă indicaţie balneară. Tratamentele moderne în P.C.E. nu trebuie să ne facă să neglijăm balneoterapia şi fizioterapia, care trebuie considerate ca un tratament preţios, ce întregeşte complexul terapeutic (medicamentos, igieno-dietetic) ; experienţa noastră ne-a arătat că rezultatele obţinute cu tratamentul asociat dau o ameliorare superioară şi rapidă, atît în ceea ce priveşte fenomenele clinice, cît şi probele biologice.

În aplicarea agenţilor fizici şi a factorilor naturali de cură trebuie să ţinem cont de caracterul acestora şi de bolnav ; astfel este indicat ca dozarea eforturilor, la care este supus organismul în timpul tratamentului, să se facă gradat, urmărind să nu se producă o reacţie prea puternică. Nu trebuie uitată reactivitatea bolnavului ; bolnavul trebuie să participe la tratament în mod activ şi conştient.

Tratamentul trebuie individualizat aşa cum am amintit, în funcţie de stadiile din P.C.E. : polialgic, exsudativ, exsudativo-productiv, productiv şi terminal.

În *stadiul de debut,* tratamentul de bază este reprezentat de crizoterapie şi de antimalaricele de sinteză (Clorochinul), la

care se mai pot adăuga: aspirină, piramidon, fenilbutazonă, Meprobamat, vitamine şi balneo-fizioterapie.

În această fază ca tratament fizioterapic se pot indica: curenţi galvanici, aplicaţii cu parafină, raze ultraviolete, ultrasunete, curenţi diadinamici sau ultrascurte reci; noi nu utilizăm radioterapia în P.C.E.

În aceste cazuri începem balneoterapia în condiţiile următoare: formele de debut polialgic vor fi trimise la băi după o cură de crizoterapie şi după ce V.S.H. a scăzut sub 30 mm/oră.

Această terapie se va institui numai în faza de acalmie a bolii şi în staţiuni puţin excitante ca Victoria, Bazna, Olăneşti, Călimăneşti; pentru a face un tratament cu ungeri de nămol şi helioterapie se recomandă Amara sau Techirghiol.

Cu băile sulfuroase trebuie să fim mult mai prudenţi în P.C.E. În afară de unele ameliorări, cele mai multe recidive le-am întîlnit după un tratament cu ape sulfuroase. Apele sulfuroase de tip Herculane nu trebuie indicate în cazurile cu excitabilitate nervoasă mare şi la bolnavii care au tendinţa să facă stări intermitente de subfebrilitate. Cu toate aceste inconveniente am remarcat rezultate bune după cura de la Herculane făcută însă numai în formele stabilizate. Dintre staţiunile cu ape sulfuroase se mai pot indica: Govora, Pucioasa, Brebu, Rupea, Săcele, Vizantea.

Stadiile al II-lea şi al III-lea din P.C.E. sînt mult mai greu de tratat din punct de vedere fizioterapic şi balnear. Aici primul cuvînt îl are tratamentul medicamentos [crizoterapia, antimalaricele de sinteză (Clorochina), hidrocortizonul local, fenilbutazona, aspirina şi corticoterapia]; după aceea trebuie să ne gîndim la balneoterapie, dacă V.S.H. a revenit sub 30 mm/oră şi bolnavul a avut o acalmie de cel puţin 2 luni de la acces.

Aceste forme le putem trimite cu multă prudenţă la băi sedative (Victoria) sau aplicăm fizioterapie local (ionizări cu ClCa 2%, novocaină, salicilat, uşor masaj pe muşchii supra- şi subiacenţi, aplicaţii de parafină sau ultraviolete generale). Deşi unii autori fac radioterapie pe articulaţiile dureroase, cîte 30 r, 6—8 şedinţe, noi nu recomandăm acest tratament.

În *stadiul al IV-lea caşectic-terminal* nu se trimit bolnavii la băi; se face masaj, se dau tonice generale şi uneori helioterapie sau ultraviolete. În această fază se dă o atenţie deosebită musculaturii: se combate contractura prin masaj uşor şi mişcări pasive, pentru a împiedica apariţia poziţiilor vicioase şi a deformaţiilor.

Existenţa asocierilor morbide schimbă cu totul indicaţiile. De exemplu, reumatismul asociat cu colecistita se agravează la

mare, dar evoluează în bine la Călimăneşti ; aceleaşi cazuri trimise la Slănic-Moldova primăvara şi toamna se agravează.

În concluzie : tratamentul balnear şi fizioterapic în P.C.E. se asociază totdeauna cu cel medicamentos.

Tratamentul fizioterapic, ergoterapic, ortopedico-chirurgical şi de reabilitate în P.C.E.

Principiile generale de tratament în P.C.E. sînt : lupta contra inflamaţiei prin medicamente antiinflamatoare, combaterea durerilor prin analgezice şi prevenirea redorilor şi atitudinilor vicioase prin metode ortopedice profilactice (imobilizări în gips), asociate cu mobilizări prudente.

În fazele tardive ale bolii trebuie să corijăm atitudinile vicioase prin metode de reeducaţie funcţională, kineziterapie şi ortopedie, la care se pot adăuga uneori şi intervenţii chirurgicale de corecţie.

Fizioterapia este un ajutor preţios în cadrul tratamentului complex al P.C.E. ; ea trebuie făcută însă cu multă prudenţă, ţinînd cont de forma, stadiul şi starea de reactivitate a bolnavului.

În perioada de evolutivitate a bolii, caracterizată prin dureri şi edem articular, tratamentul reeducativ vizează în primul rînd micşorarea durerilor, iar în al doilea rînd evitarea retracţiilor musculo-ligamentare şi a deformaţiilor articulare. În acest sens se utilizează gutiere gipsate uşoare, pe care bolnavul le poartă noaptea sau chiar şi ziua, mai ales pentru mîini, pumn, cot, genunchi şi picior. Poziţia membrului este de mare importanţă, pentru că o imobilizare greşită agravează durerea şi contractura. Articulaţia bolnavă trebuie să fie pusă într-o poziţie cît mai aproape posibil de poziţia de funcţionare.

La membrul inferior, genunchiul trebuie să fie aşezat în extensiune maximă pentru a păstra mersul, iar articulaţia tibiotarsiană în flexiune de 95° pentru a preveni un picior echin.

La membrul superior, cotul trebuie aşezat în flexiune, pumnul în uşoară extensiune, mîna în pronaţie, iar degetele uşor flectate în afară de degetul mare, care va avea o poziţie de abducţie.

În P.C.E. repausul va alterna cu mobilizarea activă. Fiecare articulaţie trebuie să fie mobilizată cu atenţie, lent şi progresiv, pînă la amplitudinea maximă (cel puţin de 10 ori la un exerciţiu).

Cînd P.C.E. este stabilizată, stadiul deformant, trebuie să corijăm deformaţiile şi atitudinile vicioase, pentru a asigura o funcţionare normală. Aceasta se face printr-un tratament com-

plex, medicamentos, fizioterapic, kineziterapic şi ortopedico-chirurgical, în scopul de a diminua retracţiile vicioase.

Restabilirea sinergiei musculare corecte, la nivelul unui segment deformat, trebuie să fie făcută prin exerciţii de postură. Din contra, muşchii antagonişti, care sînt relaxaţi şi hipotonici, trebuie să fie tonificaţi prin exerciţii active. Mai tîrziu, ergoterapia sau terapia de ocupaţie restabileşte funcţiile globale ale articulaţiilor deformate, dînd articulaţiei mişcările necesare bolnavului.

În P.C.E., toate aceste mijloace trebuie utilizate după stadiul bolii, pentru a preîntîmpina infirmităţi grave. Măsurile profilactice în P.C.E. au o mare importanţă, împiedicînd apariţia proceselor grave, ireversibile, pe care uneori nici operaţia nu le poate modifica.

În stadiul acut, atelele, sacii cu nisip şi căldura umedă ajută, iar diatermia, masajul şi exerciţiile active sînt contraindicate.

În stadiul subacut şi cronic, termoterapia, masajul şi exerciţiile gradate se prescriu de mai multe ori pe zi. Ca termoterapie se utilizează aplicaţiile cu parafină, împachetările calde şi băile alternante locale. Căldura locală, producînd vasodilataţie, hiperemie şi transpiraţie, relaxează muşchii contractaţi, ameliorînd nutriţia locală a ţesuturilor. Nu se aplică termoterapia pe o articulaţie caldă şi înroşită.

Ca fizioterapie sedativă în P.C.E. se mai utilizează curenţi diadinamici, ultrascurte, curenţi galvanici, ultrasunete şi ultraviolete generale.

Exerciţiile trebuie făcute, mai ales după fizio- şi termoterapie. Un exerciţiu bine executat nu trebuie să producă dureri, nici oboseală ; trebuie făcut alternativ cu repaus. Totuşi, prea mult repaus în pat este dăunător, producînd un dezechilibru al calciului, azotului, fosforului, potasiului, sodiului, sulfului, tiaminei şi riboflavinei din organism, şi în plus favorizînd apariţia inapetenţei şi constipaţiei.

Frecvent se observă la bolnavii de P.C.E. imobilizaţi mult în pat o demineralizare a oaselor, asociată cu hipercalciurie, nefrolitiază, hipotensiune arterială, tahicardie şi atrofii musculare ; cîteodată apar şi complicaţii pulmonare (uneori chiar şi embolii). Din contra, exerciţiile fizice produc mărirea circulaţiei sanguine şi limfatice, împiedicînd osteoporoza, contracturile musculo-ligamentare şi atrofia musculară. Bolnavii mai gravi vor face exerciţii chiar în pat.

Nu se recomandă bolnavilor de P.C.E. să stea pe scaun, pentru că aceasta predispune la contracturi în flexiune şi anchiloza genunchilor.

În stadiul cronic de P.C.E., exercițiile vor fi făcute zilnic, precedate de termoterapie și masaj.

În stadiul acut sînt interzise exercițiile ; bolnavii trebuie să stea în repaus la pat în poziție fiziologică ; totuși, ei trebuie să facă foarte ușoare mișcări active ale mușchilor chiar în pat. Uneori, articulațiile mîinilor și picioarelor trebuie puse pe suporturi, făcute după mulaj, pentru a preveni deformațiile. Mai tîrziu, cînd bolnavii se pot mișca, utilizăm helioterapie, ultrascurte, galvanizări, ionizări, hidro- și peloidoterapie.

Ergoterapia sau terapia de ocupație trebuie făcută pentru a învăța bolnavul să devină util și să nu se gîndească continuu la boala sa. Fiecare caz de P.C.E. trebuie pregătit pentru o anumită profesie ; cei care au deficiențe la membrele superioare trebuie să utilizeze membrele inferioare și invers.

Reabilitarea are ca scop să redea, activ, pe bolnav societății. Deficienții motori în P.C.E. vor fi ajutați prin diferite aparate (scaune speciale, paturi, cîrji etc.), care ușurează viața bolnavului.

În cazurile de anchiloză și redori articulare se poate completa terapeutica prin *mijloace ortopedico-chirurgicale,* care ajută la reabilitarea bolnavilor de P.C.E.

Un obiectiv important în chirurgia P.C.E. îl constituie scurtarea timpului de imobilizare postoperatorie. Vom începe în P.C.E. cu intervenții minime : astfel vom recomanda tenotomia adductorilor, care permite uneori o corectare a pozițiilor vicioase de flexiune. În cazurile de anchiloză se recurge la osteotomii intraarticulare, rezecții artroplastice sau chiar la artroplastii. Pentru membrul superior, operațiile vor avea ca scop restabilirea funcției (aceasta se realizează prin artroplastii la pumn și cot), iar pentru membrul inferior, operațiile vor căuta să restabilească poziția corectă și să dea un minimum de mobilitate în mers. Artroplastia la șold și genunchi în P.C.E. dă rezultate inconstante, fapt care ne determină să o indicăm cu multă precauție.

Poliartrita cronică evolutivă, bolile asociate și complicațiile

Greutatea tratamentului în P.C.E. constă, în afară de complicațiile bolii propriu-zise, în faptul că în evoluția sa lungă se asociază cu diferite afecțiuni, care sînt uneori cauza reșutelor ce agravează prognosticul.

Este important în conduita tratamentului să deosebim bolile asociate de complicații.

O complicație constituie o agravare a afecțiunii ; o boală asociată este independentă de afecțiunea primară, evoluează

paralel, uneori precedînd-o, alteori urmînd-o, reprezintă un factor de exacerbare a ei şi implică adesea un prognostic sever pentru bolnav.

În decursul anilor, noi am urmărit această importantă problemă în diferite boli reumatismale şi în special în P.C.E.

P.C.E. se poate asocia cu psoriazisul (în 3—5% din cazuri), colita ulceroasă (în 4—22% din cazuri), lupusul eritematos sistematizat, sclerodermia, dermatomiozita, periartrita nodoasă, calcinoza, sindromul Caplan, artrozele, mixedemul, agammaglobulinemia, boala ulceroasă, diabetul, tumorile pulmonare (care dau osteoartropatie hipertrofică pneumonică) afecţiunile renale, boala Morquio, boala Paget, sarcoidoza, boala Whipple, mielomul multiplu, guta, xantomatoza, boala Addison, boala hipertonică, afecţiunile tubului digestiv şi afecţiunile hepatice, boala hidrazidică, infecţiile ginecologice, mai ales la femei în menopauză.

Complicaţiile care pot fi întîlnite în cursul P.C.E. sînt : complicaţii pulmonare, cardiace, gastro-intestinale, renale, oculare, laringiene etc.

De asemenea trebuie stabilit în P.C.E. dacă fenomenele nervoase ţin de boala însăşi, de tratamentul hormonal sau de o afecţiune asociată ; lucrul acesta este important pentru stabilirea atitudinii terapeutice.

P.C.E. şi psoriazisul

În ceea ce priveşte asocierea P.C.E. cu *psoriazisul* trebuie precizat că această afecţiune cutanată este de 5 ori mai frecventă la persoanele cu P.C.E. decît la nereumatici, iar incidenţa P.C.E. este mai mare la psoriazici (între 8 şi 25%) decît la restul populaţiei.

Noi am studiat 11 cazuri de P.C.E. cu psoriazis, care prezentau ca probe de laborator : testele Waaler-Rose şi latex pozitive, hipoalbuminemie, hiperglobulinemie şi hipercolesterolemie.

Cazurile de P.C.E. asociate cu psoriazis îmbracă forme cronice proliferative şi sînt totdeauna evolutive şi rezistente la tratament. Aceste forme sînt însoţite de anemie şi de leucocitoză, dar V.S.H. este mai accelerată decît în artropatia psoriazică. Din punct de vedere clinic, în P.C.E. asociată cu psoriazis, noi n-am întîlnit aşa-zisele degete în formă de cîrnaţi, caracteristice artropatiei psoriazice, ci degete fuziforme, caracteristice pentru P.C.E.

În artropatiile psoriazice nu întîlnim simetria caracteristică din P.C.E., testele Waaler-Rose şi latex sînt negative. În plus, noi am întîlnit onicopatii şi osteoliza falangelor distale la degetele mîinilor.

Concluziile studiului nostru asupra asocierii P.C.E. cu psoriazisul sînt : asocierea celor două afecţiuni îmbracă un prognostic mai sumbru şi dă o rezistenţă apreciabilă la tratament, iar P.C.E. ia o evoluţie mai trenantă în cazul unei astfel de asociaţii.

Din punct de vedere terapeutic, hormonoterapia (Triamcinolonul) ne-a dat, în formele active, rezultatele cele mai mulţumitoare. În formele cronice areactive cura heliomarină a influenţat atît P.C.E. cît şi psoriazisul dînd ameliorări durabile.

P.C.E. asociată cu psoriazis

Obs. 11. — Bolnavul M.R., în vîrstă de 47 de ani, consultă pentru prinderea articulaţiilor tibio-tarsiene, medio-tarsiene, ale genunchilor şi pumnilor. Boala datează de 2 ani ; are psoriazis la coate, genunchi şi în regiunea lombară de 9 ani. Nu a slăbit, durerile s-au exacerbat în ultimul timp ; V.S.H. 47/93 mm, colesterolemia 3 g‰, acidul uric 0,05 g‰, testele Waaler-Rose şi latex pozitive.

Este vorba de o P.C.E. asociată cu psoriazis şi hipercolesterolemie. Tratament: hidrocortizon intraarticular, aspirină, Prednison 15 mg/zi ; se fac ultraviolete generale. Durerile se ameliorează, însă V.S.H. nu se normalizează. Se indică în viitor hidrocortizon local şi *per os* şi o cură de helioterapie vara la mare.

P.C.E şi bolile de colagen

Bolile de colagen (lupusul eritematos diseminat (LE), periartrita nodoasă (PN), sclerodermia, dermatomiozita), se pot uneori confunda cu P.C.E., cu care de altfel se pot asocia ; de asemenea, P.C.E. se poate transforma în una din bolile de colagen. Am avut cazuri, care ani de zile au fost îngrijite ca P.C.E., iar la sfîrşit s-au transformat într-un lupus eritematos diseminat grav. De asemenea sînt bolnavi, care vin cu fenomene de P.C.E., forma ectosimpatozică, care evoluează ulterior spre sclerodermie. Există relaţii între P.C.E., lupus eritematos diseminat şi sindromul Sjögren, care agravează prognosticul bolnavului, cu excepţia asocierii P.C.E. cu periarterita nodoasă.

Periarterita nodoasă se asociază cu P.C.E. după vîrsta de 40 de ani ; această asociere dă o evoluţie mai benignă periarteritei nodoase. În cazurile de P.C.E. cu periarterită nodoasă nu se observă hipertensiune arterială gravă de natură renală, nici complicaţii cerebrale. În periarterita nodoasă fără P.C.E., bolnavii sucombă de obicei în urma manifestărilor renale, hemoragiilor cerebrale sau a determinărilor pulmonare, prezentînd o hipertensiune arterială marcată. O complicaţie de temut în asocierea periarteritei nodoase cu P.C.E. este apariţia arteritelor după hormonoterapie.

P.C.E. agammaglobulinemia şi reticuloze diverse

În familiile bolnavilor cu *agammaglobulinemie* este mărită incidenţa P.C.E., a lupusului eritematos sistematizat şi a altor boli de colagen. Mai puţini bolnavi cu P.C.E. se găsesc în familiile celor cu agammaglobulinemie congenitală decît la cei cu agammaglobulinemie dobîndită.

Incidenţa factorului reumatoid la părinţi şi la rudele bolnavilor cu agammaglobulinemie este mai mare decît în familiile sănătoase. Ziff a observat apariţia mai frecventă a factorului reumatoid în serul rudelor celor bolnavi de P.C.E. De multe ori, agammaglobulinemia nu apare decît la vîrsta adultă, fiind mai frecventă la bărbaţi. La cei cu agammaglobulinemie cîştigată (nu congenitală) se dau doze mici de Prednison, 10 mg/zi şi se administrează periodic gammaglobuline. Cei cu agammaglobulinemie au rezistenţă mică faţă de infecţii şi din această cauză de obicei nu supravieţuiesc mult.

P.C.E. se poate asocia cu *mielomul multiplu,* cu *boala Vaquez,* cu *limfogranulomatoza malignă.* Toate aceste boli asociate agravează starea bolnavului.

P.C.E., artroza şi guta

P.C.E. se poate asocia cu *artroza* şi cu *guta.* Uneori, P.C.E. îmbracă forma de poliartroză sau poate să se asocieze cu poliartroza ; noi am putut dovedi că unele din poliartrozele apărute după 50 de ani se transformă în P.C.E. Asocierea P.C.E. cu artroza, în general are o evoluţie mai benignă şi un prognostic mai bun ca P.C.E.

Orice poliartroză însoţită de dureri cu caracter continuu şi V.S.H. mărită trebuie cercetată, pentru a stabili dacă nu cumva este vorba de P.C.E. — formă artrozică — sau de o transformare a artrozei în P.C.E.

Am publicat cazuri de artroze asociate cu boala Paget şi cu P.C.E., cazuri de artroze asociate cu boala Morquio şi P.C.E., artroze cu xantomatoză, sau numai xantomatoză, care îmbracă forma de P.C.E.

Studiile făcute privind legătura dintre gută şi P.C.E. ne-au ocazionat următoarele constatări : am observat existenţa de artropatii gutoase, care îmbrăcau forma de P.C.E. ; am observat P.C.E. asociată cu hiperuricemie şi hiperglobulinemie, iar la unii dintre aceşti bolnavi, pe lîngă semnele nete clinice, biologice şi radiologice de P.C.E., am găsit şi tofii caracteristici gutei ; formele de P.C.E. asociate cu gută apar mai frecvent la bărbaţi, îmbrăcînd o formă tenace, cronică şi rebelă la tratament ; trata-

mentul în aceste cazuri trebuie să fie mixt : Benemid, săruri de aur, antimalarice de sinteză şi regim antigutos iar în fazele acute, corticoterapia şi mai ales ACTH dau rezultate bune în ambele afecţiuni.

P.C.E. în evoluţia ei poate prezenta *localizări atipice* în diferite organe : plămîn, rinichi, ochi etc. Diagnosticul este uneori greu de făcut între o localizare atipică şi o boală asociată, localizată într-un anumit organ.

P.C.E. şi afecţiunile pulmonare

În P.C.E. găsim 3 forme de pneumopatii asociate : a) *forma de fibroză pulmonară difuză interstiţială,* care se caracterizează prin tuse, dispnee, degete hipocratice, V.S.H. mărită şi testul Waaler-Rose pozitiv. Degetele hipocratice sînt o manifestare în legătură cu fibroza pulmonară, nu cu P.C.E. Bolnavii aceştia nu au fost expuşi la praf (nu au fost mineri) ; b) *forma nodulară,* pe care o întîlnim în sindromul Caplan-Colinet. Este o antracosilicoartrită ; incidenţa la mineri este de 2%, după Tichy. P.C.E. este incidental asociată cu sindromul Caplan, acesta nefiind mai frecvent la mineri decît la restul populaţiei. În plămînul acestor bolnavi se găsesc noduli granulomatoşi limitaţi, cu un diametru între 3 mm şi 7 cm, care histologic au aspect de noduli reumatoizi. P.C.E. în cazurile acestea debutează la nivelul articulaţiilor tibio-tarsiene şi ulterior se generalizează, exceptînd articulaţiile coxo-femurale. Leziunile articulaţiilor umărului, deosebit de grave, evoluează în puseuri, boala duce la dezaxări la nivelul mîinilor şi picioarelor. Prinderea genunchilor şi coatelor este mai rară. Tabloul radiologic este tipic de P.C.E., cu osteoporoză, distrucţii cartilaginoase şi chisturi subcondrale. Boala nu dă anchiloze. Localizările la nivelul articulaţiilor tibio-tarsiene şi ale umărului sînt în legătură cu profesia. ASLO este de obicei crescut peste 400 u, V.S.H. este mărită, testul Waaler-Rose pozitiv în 50% din cazuri. β-globulinele sînt mărite în sindromul Caplan, iar γ-globulinele sînt crescute în P.C.E.

Sindromul Caplan-Colinet pare să fie o boală de autoagresiune, cu o hiperreactivitate imunologică deosebită. În pneumoconioza interstiţială difuză fără P.C.E., testele Waaler-Rose şi cu latex sînt pozitive în 10—30% din cazuri şi există hipergamaglobulinemie ; c) *forma pleurală* se caracterizează prin existenţa unei pleurezii exsudative, care are drept particularitate prezenţa unei cantităţi mici de glucoză (pînă la 3 mg%) în lichidul de exsudat, care este clar, galben, bogat în proteine, neutrofile şi limfocite. Pleurezia nu este de aceeaşi

natură ca P.C.E. ;. este vorba de două boli coexistente asociate, cu o evoluţie rapidă.

P.C.E. poate să debuteze ea însăşi printr-o pleurezie, care apare cîteodată cu ani de zile înaintea fenomenelor articulare, în special la bărbaţi. În P.C.E. cu pleurezie, testele Waaler-Rose şi latex rămîn pozitive ani de zile, în ciuda ameliorării afecţiunii reumatismale ; exsudatul care persistă mult, fiind bine tolerat de bolnav, cedează la antimalarice de sinteză.

P.C.E. asociată cu pleurezie

Obs. 12. — Bolnava E. R., în vîrstă de 42 de ani, vine la consultaţii pentru prinderea degetelor (care îmbracă un aspect fuziform) a pumnilor, genunchilor şi a umerilor ; afirmă că a fost tratată cu 1 an înainte de o pleurezie serofibrinoasă dreaptă, de care suferă şi în prezent. Examinată se constată semnele clinice ale unei colecţii lichidiene la baza hemitoracelui drept. Bolnava nu recunoaşte existenţa unor antecedente bacilare. Testele Waaler-Rose şi latex sînt pozitive. În urma tratamentului cu corticoizi şi antimalarice de sinteză, exsudatul pleural dispare, inflamaţiile articulare regresează mult, starea generală se ameliorează, iar V.S.H. şi latexul rămîn crescute. Reducîndu-se corticoterapia, bolnava continuă tratamentul cu antimalarice de sinteză şi aspirină.

În P.C.E. asociată cu fibroză pulmonară difuză, corticoterapia nu este eficace, ea dă rezultate bune şi prompte în forma nodulară şi exsudativă.

P.C.E., forma acută, se poate asocia în 2,2% din cazuri cu sarcoidoza pulmonară, dar în acelaşi timp se poate confunda cu sarcoidoza.

Sarcoidoza pulmonară se caracterizează prin poliartrită, adenopatie hilară şi eritem nodos. La cei cu eritem nodos, poliartrita a fost găsită într-o proporţie de 90%, iar la cei fără eritem nodos numai în 20%. Poliartrita este fugace, benignă, nu lasă sechele şi seamănă mult cu boala Bouillaud-Sokolski.

Caracteristic pentru această afecţiune este faptul că prinde totdeauna articulaţiile tibio-tarsiene care se edemaţiază ; bolnavul are febră, V.S.H. este mărită, nu se găsesc leziuni cardiace, nici splenomegalie ; adenopatia este bilaterală, ASLO este normal, testul Waaler-Rose negativ ; există hiperglobulinemie (mai ales fracţiunile α_2 şi γ_2). Testul Kveim pozitiv sau biopsia confirmă diagnosticul.

Prognosticul în general este bun, în cazuri de infiltrate pulmonare persistente, corticoterapia dă rezultate bune.

P.C.E., forma pulmonară, se poate confunda cu osteoartropatia hipertrofică pneumică Pierre-Marie. Am întîlnit cazuri de asociere a acestei boli cu P.C.E.

P.C.E. asociată cu osteoartropatie hipertrofică pneumică

Obs. 13. — Bolnavul I. M., în vîrstă de 63 de ani, consultă pentru prinderea articulaţiilor degetelor, pumnilor, genunchilor şi tibiotarsienelor ; extremităţile degetelor de la mîini şi picioare sînt bombate, luînd forma de degete de tambur. Bolnavul suferă de bronşită cronică, emfizem şi bronşiectazie. V.S.H. 47/95 mm, testele Waaler—-Rose şi latex sînt pozitive. Se pune diagnosticul de artropatie hipertrofică pneumică asociată cu P.C.E. Se tratează cu corticoizi în doze slabe (15 mg Prednison/24 de ore), penicilină şi antimalarice de sinteză. Bolile regresează ; se prescrie în viitor antimalarice de sinteză, aspirină şi intermitent penicilină.

Manifestările articulare în boala Pierre-Marie se caracterizează prin : hipocratism digital şi hipertrofia acromegaloidă a extremităţilor ; manifestări articulare, care simulează P.C.E. ; tulburări neurosimpatice ; periostoze. În majoritatea cazurilor, simptomele articulare preced pe cele pulmonare. Boala seamănă cu o P.C.E. cu localizări simetrice la mîini, cu puseuri intermitente, afectînd în 85% din cazuri bărbaţii. Prinde predominant gleznele, pumnii, genunchii şi degetele ; este însoţită de febră, iar V.S.H. este mărită.

Acest sindrom apare cel mai frecvent în legătură cu tumori pulmonare (cancer al bronhiilor), supuraţii pulmonare, chisturi hidatice, cardiopatii congenitale, adenopatii Hodgkin, anevrisme.

Sindromul neuro-vegetativ întîlnit în această afecţiune se caracterizează prin hiperemia tegumentelor cu vasodilataţii la extremităţi, transpiraţii, arsuri, parestezii.

După vindecarea bolii toracice, sindromul osteo-articular se ameliorează.

P.C.E. şi afecţiunile digestive

Există o legătură strînsă între P.C.E. şi tulburările digestive. În P.C.E. de la început putem să avem tulburări digestive : gastrită hipoacidă, tulburări gastro-intestinale şi hepatice. Noi ne-am ocupat în mod deosebit de această problemă, făcînd un studiu amănunţit. În P.C.E., chiar în faza prodromală, am întîlnit tulburări funcţionale hepatice ; la biopsia ficatului nu s-au găsit leziuni specifice de P.C.E. ; noi am întîlnit totuşi procese de degenerescenţă grăsoasă şi leziuni precirotice şi chiar de ciroză. Astfel, în 1947, la Congresul european de reumatologie, am prezentat 7 cazuri de ciroză hepatică în P.C.E.

P.C.E. poate să se asocieze cu diferite boli, care dau ele însele simptome digestive.

Trebuie să ştim să diferenţiem dacă tulburările digestive sînt de natură reumatoidă (P.C.E.) sau dacă ele sînt expresia

unor afecţiuni care se asociază cu P.C.E. sau simulează această boală.

Vom descrie foarte sumar 3 din aceste boli : a) colita ulcerohemoragică ; b) boala Whipple ; c) boala periodică.

a) *Colita ulcerohemoragică* se asociază în proporţie de 2% din cazuri cu P.C.E. Colita precede artrita, care prinde genunchii şi degetele picioarelor ; boala predomină la femei.

Cînd un bolnav cu colită ulceroasă prezintă artrite ale degetelor de la picioare trebuie suspectat de artropatie prin colită ulceroasă, de artropatie psoriazică sau de boala Reiter. În artropatia colitei ulceroase, articulaţiile sacro-iliace sînt prinse. Uneori, artropatiile din colita ulceroasă îmbracă forma migratoare şi recidivantă, ceea ce face să se confunde cu boala Bouillaud-Sokolski. Alteori, leziunile articulare sînt grave, similare cu cele din P.C.E., iar cîteodată se însoţesc de eritem nodos. În artropatia prin colită ulceroasă, testele Waaler-Rose şi latex sînt negative ; cînd sînt pozitive este vorba de P.C.E. asociată cu colita ulceroasă.

Din punct de vedere radiologic, în artrita din colita ulceroasă se întîlnesc leziuni care seamănă cu cele din P.C.E. (osteoporoză, periostită, eroziuni cartilaginoase şi anchiloze). Leziunile articulaţiilor sacro-iliace sînt similare cu cele din spondilita anchilopoietică.

P.C.E. asociată cu colita ulceroasă

Obs. 14. — Bolnavul V. I., în vîrstă de 37 de ani, acuză dureri în articulaţiile pumnilor, tibio-tarsiene, tarso-metatarsiene şi în articulaţiile umerilor şi genunchilor ; suferă de ani de zile de colită ulcerohemoragică. cu puseuri intermitente şi insomnii. Probe de laborator : V.S.H. 72/113 mm, testele Waaler—Rose şi latex pozitive. Diagnosticul : colită ulcerohemoragică asociată cu P.C.E. Tratament : Superprednol antimalarice de sinteză, carbonat de calciu, sedative şi analgezice. Starea bolnavului se ameliorează, dar după oprirea tratamentului, fenomenele articulare şi intestinale recidivează. Se reia tratamentul. Bolnavul ameliorat pleacă la domiciliu recomandîndu-i-se Prednison 15 mg/zi, Triferment 3 comprimate/zi la mese, sedative şi analgezice.

b) *Boala Whipple* este o lipodistrofie intestinală, asociată în 66% din cazuri cu artrită, mai rar cu spondilită, avînd următoarele simptome : diaree cu steatoree, limfadenopatie, pierdere ponderală, febră, dureri abdominale, anemie şi poliartrită ; uneori, poliartrita rămîne singurul simptom. Apare mai frecvent la bărbaţi decît la femei, artritele sînt migratoare, asimetrice, nu lasă sechele ; rar artritele au o durată mai lungă şi dau anchiloze şi deformaţii. Cel mai frecvent sînt prinşi genunchii ; există cazuri care dau degete fuziforme, simulînd

o P.C.E. ; testul Waaler-Rose negativ este însoţit de hipoalbuminemie şi hiperglobulinemie.

Greutatea diagnosticului în această afecţiune constă în aceea că diareea apare cîteodată la cîţiva ani după apariţia artritei. Rezultate terapeutice bune dă ACTH şi tetraciclina, dar cu toate acestea, boala recidivează. Tratamentul trebuie să fie făcut timp îndelungat.

c) *Boala periodică* este familială, apărînd mai ales în ţările din jurul Mării Mediterane ; apare mai ales la copiii armeni şi evrei, între 2 şi 15 ani şi se manifestă prin febră, crize dureroase abdominale şi artralgii. Criza dureroasă abdominală apare în 90% din cazuri, simulînd un abdomen acut. Crizele artralgice survin de obicei într-o singură articulaţie (gleznă, genunchi sau cot), care se edemaţiază, devine roşie şi dureroasă, iar după cel mult 15 zile fenomenele dispar fără sechele. Probe de laborator, V.S.H., leucocite şi ASLO, sînt mărite. Frecvent, această afecţiune este confundată cu boala Bouillaud-Sokolski, mai rar cu P.C.E. După ani de zile apare sindromul nefrotic, bolnavii murind, între 30 şi 45 de ani, de insuficienţă renală.

P.C.E. şi afecţiunile renale

Clinic, în timpul vieţii nu găsim prea multe suferinţe renale. Tulburări renale privind capacitatea de filtrare glomerulară şi de resorbţie tubulară s-au observat, totuşi, în medie într-o proporţie de 15—40% din cazuri (în stadiile I şi al II-lea în 22% din cazuri ; în stadiul al III-lea, în 36% din cazuri ; în stadiul terminal pînă la 67% din cazuri). Proteinuria se întîlneşte încă în stadiile iniţiale în 30—51% din cazuri, iar amiloidoza într-o proporţie de 10—60% ; azotul rezidual este totdeauna normal.

La autopsia cazurilor grave sau terminale de P.C.E. s-au găsit : glomerulonefrite într-o proporţie mergînd pînă la 63%, nefrita lupică pînă la 5%, angeite renale pînă la 32%. Cei cu amiloidoză prezintă o proteinurie constantă. Se pare că cortico- şi crizoterapia predispun la amiloidoză şi nefrită. Prin biopsia rinichiului, practicată în timpul vieţii în P.C.E., nu s-a găsit glomerulonefrită, probabil pentru că nefropatia apare mai tîrziu, după 10—20 de ani de evoluţie, fiind o manifestare reumatoidă preterminală. După tuberculoză, P.C.E. constituie cea mai frecventă cauză a amiloidozei. Afară de rinichi găsim depozite de amiloid în splină, intestin, miocard şi ficat. Aceşti bolnavi sucombă în general prin uremie. Caracteristic pentru cazurile severe de P.C.E. cu amiloidoză este ameliorarea simpto-

melor articulare, mai ales după apariţia albuminuriei, cu scăderea concomitentă a activităţii procesului reumatoid. După Tailum, în cazurile de P.C.E. cu amiloidoză, corticoizii sînt contraindicaţi ; totuşi, în cazurile de insuficienţă suprarenală, cortizonul este indicat. Aproape toate cazurile cu amiloidoză au testul Waaler-Rose pozitiv. Amiloidoza poate îmbrăca trei tipuri din punct de vedere histopatologic : parenchimal ; vascular şi mixt ; uneori se găsesc depozite de amiloid în mucoasă şi submucoasă.

Obs. 15. — Bolnavul E. V., în vîrstă de 21 de ani, se prezintă la spital pentru dureri în hipocondrul drept, febră şi artropatii interesînd genunchii, umerii şi articulaţiile tibio-tarsiene. Fenomenele articulare sînt mai puţin accentuate ca cele generale (febră, transpiraţii). Bolnavul acuză dureri violente în regiunea hipocondrului drept, unde se constată o hepatomegalie. Considerîndu-se că este vorba de un abces hepatic se intervine chirurgical, dar nu se constată decît o hepatomegalie ; biopsia practicată cu acest prilej evidenţiază o amiloidoză în cadrul unei P.C.E. Bolnavul sucombă după cîtva timp. A fost vorba în acest caz de o P.C.E., formă acută, cu amiloidoză.

Amiloidoza în P.C.E. este mai frecventă la bărbaţi şi la copiii cu sindromul Still.

Datele din literatură consemnează uneori apariţia glomerulonefritei cu 10—20 de ani înaintea P.C.E., alteori tîrziu după debut. În aceste cazuri, bolnavii au sucombat prin uremie, iar la necropsie s-a găsit glomerulonefrită cronică, osteodistrofie şi osteomalacie renală, pericardită cronică fibrinoasă, hipertrofie cardiacă şi arterioscleroză generalizată. În literatura noastră, C. G. Dumitriu şi colab. au publicat cazuri de leziuni renale în P.C.E.

P.C.E. şi manifestările oculare

Manifestările oculare apar sub forma complicaţiilor în P.C.E., într-o proporţie mergînd pînă la 50%

P.C.E. se complică cu : sindromul Sjögren care prezintă o cheratită sau o cheratoconjunctivită uscată ; sclerita, episclerita ; uveita (iridociclita şi corioidita) ; scleromalacia perforantă.

În P.C.E. după corticoterapie poate să apară cataractă într-o proporţie mergînd pînă la 37%, mai ales la persoanele care au primit hormonoterapie timp îndelungat (peste 4 ani). Cataracta îmbracă forma subcapsulară posterioară, fiind în majoritatea cazurilor bilaterală. Apariţia cataractei depinde şi de doza de corticoizi. Reducerea vizibilităţii instalată cu acest prilej poate să dispară, după ce s-a micşorat doza de hormoni.

P.C.E. şi afecţiunile oto-rino-laringologice

Artrita cricoaritenoidiană a fost recunoscută în ultimii ani ca făcînd parte din manifestările P.C.E. Incidenţa ei în viaţă se întîlneşte într-o proporţie de 20—33%, iar la necropsie în 80%. Este mai frecventă şi mai severă la femei şi de multe ori rămîne nediagnosticată. Apare în faza acută a P.C.E., dînd o serie de manifestări, care trebuie să ne atragă atenţia asupra ei : laringită, disfagie, dureri care iradiază în urechi. Afecţiunea, în funcţie de evolutivitatea P.C.E., poate regresa, dar uneori poate prezenta manifestări grave (dispnee şi sufocaţii).

Din punct de vedere anatomopatologic este vorba de o îngroşare a sinovialei articulare cu distrucţia cartilajului şi a suprafeţelor articulare. În muşchii adiacenţi s-au găsit noduli reumatoizi. Durata medie a vieţii acestor bolnavi cu P.C.E. este de maximum 9 ani după apariţia artritei cricoaritenoidiene. Ca tratament se administrează corticoterapia ; nu se dau sedative, mai ales la cei care sufăr de insuficienţă respiratorie, deoarece poate deprima respiraţia. În cazurile grave se fac aerosoli cu hidrocortizon.

P.C.E. şi afecţiunile ginecologice

Sarcina are o acţiune favorabilă asupra evoluţiei P.C.E. Evoluţia P.C.E. se atenuează mult în timpul sarcinii, însă după naştere se exacerbează. Persoanele însărcinate trebuie să fie urmărite, mai ales după naştere, începînd chiar din timpul travaliului, care poate să fie cauza unei reşute serioase de P.C.E.

S-a dovedit că femeile care fac P.C.E. au de regulă hipofertilitate.

P.C.E. şi afecţiunile endocrine

În P.C.E. întîlnim rar hipertiroidismul, care măreşte şi el osteoporoza.

De multe ori, artropatia acromegalică poate simula o P.C.E. În artropatiile acromegalice întîlnim puseuri de hidartroză, care limitează mobilitatea articulaţiilor. Caracteristic pentru această afecţiune este însă lipsa durerilor articulare.

P.C.E. se poate asocia foarte rar cu boala Addison, precedînd totdeauna apariţia acesteia. În boala Addison întîlnim : pigmentaţia pielii, oboseală, anorexie, slăbire, impotenţă sexuală, hipotensiune arterială (sub 10 cmHg), V.S.H. mărită şi scăderea Na plasmatic. Această asociere împrumută poliartritei cronice evolutive o evoluţie subacută, cu febră şi uneori anchiloze grave.

P.C.E. şi afecţiunlie cardio-vasculare

În P.C.E. trebuie să facem deosebire între complicaţiile cardiace ale acestei boli şi asocierile P.C.E. cu diferite boli cardiace. Leziunile cardiace decelate clinic în P.C.E. se întîlnesc într-o proporţie pînă la 7% ; se admite însă că decesele cazurilor de P.C.E. se datoresc în 25% din cazuri cardiopatiilor.

La necropsia bolnavilor cu P.C.E. s-au găsit leziuni cardiace inflamatoare (asemănătoare celor întîlnite în reumatismul Bouillaud-Sokolski) într-o proporţie de 13—66% ; este vorba de endo-, mio- şi pericardită. Sînt autori care au găsit leziuni specifice în inimă, asemănătoare nodulilor Aschoff, traducînd o leziune cardiacă reumatoidă. Miocardita o întîlnim frecvent în P.C.E.

În P.C.E. găsim şi cardiopatii asociate : scleroză coronariană, infarct miocardic, hipertensiune arterială cu hipertrofie miocardică şi pericardită cronică ; pericardita adezivă s-a întîlnit într-o proporţie de 25%, mai ales în forma Still.

Frecvent s-a găsit ateroscleroza aortei şi coronarelor în P.C.E. Uneori, leziunile coronariene din P.C.E. sînt similare celor din periarterita nodoasă.

P.C.E. şi afecţiunile neuro-psihice

Noi am făcut un studiu amănunţit asupra tulburărilor nervoase şi psihice în faza de debut şi în perioadele evolutive ale P.C.E.

P.C.E. poate evolua iniţial ani de zile, fără simptome articulare, boala manifestîndu-se numai prin fenomene generale şi tulburări neuro-psihice (transpiraţii, insomnii, irascibilitate, schimbări de caracter). În timpul evoluţiei afecţiunii, tulburările psihice care predomină pot fi accentuate prin hormonoterapie, care poate da şi alte accidente (arterite şi polinevrite). În P.C.E., electroencefalograma este anormală în 50% din cazuri.

Cu toate acestea, după statistica lui Rothermich, bolnavii psihopaţi cu manifestări mintale şi criminalii nu au făcut P.C.E. Aceasta ar fi în concordanţă cu studiul antropologic făcut asupra P.C.E., care a dovedit că bolnavii cu P.C.E. sînt de obicei oameni ordonaţi, conştiincioşi şi sensibili la orice critică ; chiar exageraţi în ceea ce priveşte obligaţiile lor sociale şi morale.

P.C.E. asociată cu tulburări nervoase şi psihice

Obs. 16. — Bolnava H. P., în vîrstă de 27 de ani, se internează în spital pentru prinderea degetelor, pumnilor, coatelor, umerilor şi genunchilor ; V.S.H. 48/92 mm, testele Waaler-Rose şi latex pozitive.

Boala a debutat cu 1 an înainte, prin insomnii, transpirații, nervozitate, slăbiciune, furnicături în extremități și dureri articulare. Tratamentul : antimalarice de sinteză, Solganal, piramidon, vitaminoterapie și clorpromazin. Fenomenele articulare s-au ameliorat mult iar fenomenele nervoase mai puțin.

4. Spondilita anchilozantă (S.A.)

Considerații generale

Spondilita anchilozantă este o afecțiune reumatismală cronică, inflamatoare, cu tendință spre anchiloze, avînd ca punct de plecare articulațiile sacro-iliace. Mai tîrziu apar calcificări și osificări în țesuturile perivertebrale ; cîte o dată sînt prinse și șoldurile și umerii. Debutul bolii este în general insidios, polimorf, îmbrăcînd aspecte clinice foarte variate. În această fază de debut, bolnavii se plîng de o senzație de rău general, nervozitate, oboseală, paloare, furnicături, uneori scădere ponderală ; au capacitate de muncă redusă, extremități reci și umede etc.

Spondilita anchilozantă începe în majoritatea cazurilor între 17 și 30 de ani ; într-o proporție de 25% apare în jurul vîrstei de 25 de ani, în 70% între 20 și 40 de ani, predominînd la bărbați ; după 40 de ani, spondilita apare mult mai rar.

În 2/3 din cazuri, bolnavii se plîng de dureri lombare, sau în regiunea sacrată, accentuate mai ales spre dimineață, cu iradieri în fese și coapse. Alteori, ei acuză o lombalgie (continuă sau recidivantă) cu iradieri pe traiectul nervilor sciatici sau (mai rar) o dorsalgie sau cervicalgie cu iradieri spre regiunea toracică sau abdominală superioară. În 20% din cazuri, spondilita anchilozantă începe cu semne articulare periferice, bolnavii plîngîndu-se de dureri difuze sau localizate la una sau mai multe articulații, mai frecvent la genunchi, șold, umeri, glezne și călcîi. Cînd spondilita începe printr-o poliartrită acută simulează reumatismul Bouillaud-Sokolski, de care se deosebește prin ASLO normal și răspunsul negativ la salicilați. Rareori boala este simetrică, amintind tabloul unei P.C.E. În faza de debut pot fi prinse tendoanele la nivelul tuberozității ischionului sau la nivelul calcaneului ; cînd bolnavul suferă de tendinita ischionului, durerile se accentuează cînd se așază pe scaun. Tot printre manifestările de debut poate fi amintită și irita, care apare în 29% din cazuri. Prezența la un bărbat tînăr a unei irite de etiologie necunoscută, concomitent cu un lumbago, trebuie să ne determine să recomandăm radiografia articulațiilor

sacro-iliace, pentru a vedea dacă nu cumva este vorba de o S.A. cu debut de irită.

Diagnosticul precoce de S.A. este foarte important pentru conduita terapeutică. Uneori, bolnavii cu S.A. vin la medic plîngîndu-se de lombalgii sau de dureri pe traiectul nervului sciatic ; unii se plîng de dureri intercostale, iar alţii prezintă artrite periferice. Trebuie să recunoaştem că în atari împrejurări foarte puţini medici consideră aceste simptome ca fiind expresia debutului unei S.A. Diagnosticul de S.A. se pune, de cele mai multe ori, în faza anchilozantă. Sciatica din S.A. de debut este bilaterală, recidivantă, înaltă (se întinde spre coapse pînă la spaţiul popliteu, nedepăşind genunchii). Vom reda un caz tipic :

Obs. 17. — Bolnavul B. S., în vîrstă de 29 de ani, consultă pentru dureri pe traiectul nervului sciatic stîng. Nimic deosebit în antecedentele eredocolaterale. În antecedentele personale, bolnavul afirmă că a mai avut dureri în această regiune în urmă cu cîteva luni, care au dispărut, trecînd pe traiectul sciaticului drept. Bolnavul se mai plînge de uşoare dureri lombare intermitente, care însă nu apar după efort ; nu a prezentat niciodată scolioză antalgică. La examenul obiectiv se constată că durerile iradiază pe traiectul sciaticului drept numai pînă în spaţiul popliteu (de altfel durerile nu au iradiat niciodată mai departe de această regiune). Suspectăm o S.A., cu debut de sciatică basculantă ; facem radiografia care ne confirmă diagnosticul.

Durerile lombare persistente, cu iradieri în fese, durerile lombo-sacrale bilaterale la un bărbat tînăr trebuie să ne atragă atenţia asupra debutului unei S.A. Aceste dureri localizate în fese, apărînd mai ales în timpul nopţii, dau insomnii şi pot dura luni şi ani. Ceea ce ne atrage atenţia este tenacitatea acestor dureri lombare joase, care se accentuează cu timpul.

O lombalgie joasă la un bărbat tînăr, fără un traumatism în antecedente şi scolioză antalgică, poate fi sau o S.A. sau un morb Pott. Observaţia 18 este edificatoare în acest sens.

Obs. 18. — Bolnavul M. R.. în vîrstă de 31 de ani, se prezintă la consultaţii, suferind de lumbago cronic cu iradieri în fese. Durerile lombare persistă de 3 ani ; au început insidios, fiind prezente mai ales noaptea. Iniţial, durerile apăreau noaptea, după oboseală, şi durau cîteva nopţi de-arîndul, după care dispăreau. În timpul zilei, bolnavul nu avea dureri, însă simţea o rigiditate în regiunea superioară a coapselor, avînd impresia că merge împiedicat. După o baie caldă, bolnavul se simţea normal.

I-am recomandat radiografia articulaţiilor sacro-lombare, care ne-a confirmat diagnosticul de sacroileită dublă şi deci de S.A.

Alteori, bolnavii vin la consultaţii pentru dureri în regiunea dorsală, cu iradieri toracice şi abdominale superioare. La examenul obiectiv se constată contractura muşchilor dorso-lombari, cu limitarea mişcărilor de extensie şi flexiune a coloanei ver-

tebrale. Radiografia confirmă diagnosticul de sacroileită dublă, cu un început de aspect de „bambus" al coloanei în regiunea dorso-lombară. Boala se găseşte în acest caz în evolutivitate; debutul a fost probabil cu ani de zile înainte, cînd a prins articulaţiile sacro-iliace şi s-a manifestat printr-un lumbago uşor. Bolnavul nu a consultat medicul decît cînd durerile dorsale, cu iradieri în torace şi abdomen, s-au accentuat. Este vorba în acest caz de o S.A., cu debut sacro-iliac şi cu dureri minime.

Vom exemplifica această formă de spondilită prin următoarea observaţie :

Obs. 19. — Bolnavul M. R., în vîrstă de 27 de ani, se plînge de dureri toracice şi abdominale superioare. Afirmă că a consultat mai mulţi medici pentru plămîni şi tub digestiv, dar nu i s-a decelat nici o afecţiune. Bolnavul remarcă faptul că durerile sînt mai mult nocturne, strîngîndu-l ca într-un cerc. Examinat clinic şi radiologic se fixează diagnosticul de S.A.

Uneori, bolnavii se plîng de oboseală, scăderea capacităţii de lucru şi dureri difuze; afirmă că au slăbit şi au o senzaţie de rău general. Observaţia 20 exemplifică această formă :

Obs. 20. — Bolnavul P.S., în vîrstă de 24 de ani, consultă pentru : insomnii, oboseală, scădere ponderală, capacitate de lucru redusă, extremităţi reci şi dureri reumatice generale, mai ales la umiditate; uneori se plînge de un lumbago uşor. Boala a debutat cu 2 ani înainte, prin fenomenele amintite, care aveau particularitatea de a se exacerba noaptea. Bolnavul remarcă faptul că noaptea era obligat să se scoale şi să circule, deoarece avea dureri vagi şi, în special, arsuri şi furnicături de-a lungul coloanei vertebrale. Examenul obiectiv nu pune în evidenţă limitarea mişcărilor coloanei vertebrale, dar remarcă o uşoară senzaţie dureroasă în articulaţiile sacro-iliace şi de-a lungul apofizelor spinoase în regiunea dorso-lombară la presiune. Radiografia sacro-lombară a confirmat diagnosticul de S.A.

Cîteodată, bolnavii vin la consultaţii pentru artrite periferice localizate la genunchi, glezne, pumni, şold, călcîi.

Înainte de a ne gîndi la artropatii gonococice sau tuberculoase la un bărbat tînăr trebuie să suspectăm o S.A., formă periferică.

La un bolnav tînăr cu monoartrită trebuie să ne gîndim, pe lîngă posibilitatea unei artrite gonococice, posttraumatice sau tuberculoase, la o S.A. forma periferică. De multe ori am văzut bolnavi, cărora fixîndu-li-se diagnosticul de tumoare albă a genunchiului, li s-a imobilizat articulaţia în gips. Consecinţa a fost nu numai anchiloza genunchiului, dar şi a articulaţiilor supra- şi subiacente. Diagnosticul este uneori dificil. Artrita traumatică este uşor de eliminat prin lipsa traumatismului. Artrita gonococică este mai greu de exclus complet, deoarece infecţia gonococică poate fi întîlnită în etiologia spondilitei an-

chilopoietice. Cînd însă bolnavul afirmă că artrita a apărut după 2—3 săptămîni de la infecția gonococică, diagnosticul de artrită gonococică este sigur.

Diagnosticul de tumoare albă se fixează pe baza antecedentelor tuberculoase ale bolnavului și pe baza radiografiei și



Fig. 7. — Radiografia articulației genunchiului într-un caz de S.A.

tomografiei articulației interesate. Cînd însă este vorba de o monoartrită, tip Poncet, diagnosticul este dificil, cerînd, nu numai radiografii în serie, dar și inocularea la cobai a lichidului articular și biopsia sinovialei. Uneori, toate acestea nu ne clarifică diagnosticul. În cazurile acestea trebuie făcute și radiografiile articulațiilor sacro-iliace, care cîteodată descoperă o S.A. (prin evidențierea sacroileitei duble). Observația 21 exemplifică cele expuse :

Obs. 21. — Bolnavul G. I. în vîrstă de 21 de ani, se plînge de dureri în genunchiul stîng. Boala a început cu 3 luni înainte, în mod insidios. În prezent, bolnavul are mișcări limitate ale articulației. Din

antecedente reținem că a suferit de pleurezie stîngă cu un infiltrat parahilar stîng bacilar. În prezent, deși starea pulmonară este bună, bolnavul mai urmează totuși un tratament cu hidrazidă. Are dureri vagi la schimbarea timpului în diferite articulații și mai ales în regiunea lombară inferioară.

A fost suspicionat de medicii care l-au examinat de tumoare albă, însă atît inocularea la cobai, cît și biopsia sinovialei au fost negative.

În prezent, bolnavul este trimis pentru precizarea diagnosticului. avînd diagnosticul prezumtiv de reumatism Poncet. Radiografia articulațiilor sacro-iliace evidențiază o sacroileită dublă, care a permis diagnosticul de S.A. formă predominant periferică.

Cînd S.A. începe periferic, în mod frecvent, articulațiile sacro-iliace nu sînt prinse sau se prind mai tîrziu. Acest fapt face ca diagnosticul să fie dificil, fixîndu-se adesea diagnosticul de artrită tip Poncet.

Următoarea observație este concludentă în acest sens :

Obs. 22. — Bolnavul M. R., în vîrstă de 20 de ani, se prezintă la consultații pentru anchiloza genunchiului drept, a articulațiilor coxo-femuralei și tibio-tarsiene de aceeași parte și redoare în regiunea lombară. Cu 3 ani înainte s-a instalat o artrită a genunchiului drept ; medicii, socotind-o de natură tuberculoasă au pus genunchiul în aparat gipsat, făcîndu-i concomitent un tratament cu streptomicină și hidrazidă. Înainte de aplicarea aparatului gipsat, articulațiile tibio-tarsiană și coxo-femurală erau libere. După scoaterea gipsului s-au produs anchiloza articulațiilor întregului membru inferior drept și redoarea regiunii lombare. Făcîndu-se radiografia articulațiilor sacro-iliace s-a confirmat diagnosticul de spondilită anchilozantă. Bolnavul și familia afirmă că medicii, înainte de a pune aparatul gipsat, au făcut radiografia articulațiilor sacro-iliace care au apărut de aspect normal.

Cazul prezentat confirmă faptul că prinderea articulațiilor sacro-iliace în S.A. forma periferică poate fi secundară afectării articulațiilor periferice, ceea ce îngreuiază mult diagnosticul. În cazul acesta, aparatul gipsat era contraindicat. Dacă o artrită este suspectă de reumatism Poncet este mai bine să se facă o imobilizare relativă, fără gips, administrîndu-se în același timp un tratament medicamentos antituberculos.

Leziunile articulațiilor sacro-iliace sînt precoce și constante, însă în formele periferice, care apar în 20% din cazuri, ele pot să survină mult mai tardiv ; într-o proporție de 50% însă, aceste leziuni nu se manifestă clinic. Bolnavii vin pentru dureri vagi în articulațiile periferice sau pentru un puseu de poliartrită acută, iar la examenul radiografic se înregistrează prezența sacroileitelor. Cazul care urmează confirmă acest lucru :

Obs. 23. — Bolnavul G.R., în vîrstă de 22 de ani, consultă pentru un puseu de reumatism subacut, cu localizare mai ales la glezna stîngă, care-i dă impotență funcțională. Afirmă că a mai avut la intervale de cîteva luni poliartralgii, dar acestea nu l-au împiedicat să lucreze.

Nu a suferit de amigdalită, iar puseurile nu sînt în legătură cu o angină sau cu o infecție a căilor respiratorii superioare. Probe de laborator : ASLO 130 u., V.S.H. 37/85 mm, testele Waaler-Rose și latex negative. Nu se înregistrează nimic patologic la examenul inimii. Radiografia articulațiilor sacro-iliace arată o sacroileită dublă tip S.A. Niciodată nu a avut dureri lombo-sacrale.

Cazul de față dovedește că leziunile sacro-iliace pot să evolueze fără dureri, debutul clinic simulînd o poliartrită acută sau subacută.

Leziunile sacro-iliace la început se manifestă printr-o pseudolărgire a interliniei articulare și o condensare subcondrală ; condensarea osoasă subcondrală are o dispoziție verticală.

În afară de sacroileită mai putem găsi la început : aspectul dințat al ligamentului longitudinal anterior la ultimele vertebre dorsale ; punți osoase între D_{10} și L_1 (semnul Ventz) ; artrita apofizară cu aspect flu al regiunii dorsale inferioare.

Biologic găsim : V.S.H. crescută, anemie, leucocite normale, albuminorahie, fosfatazele alcaline crescute, sideremia crescută și cupremia scăzută.

În formele certe de S.A. în stadiu inițial găsim o redoare discretă în regiunea lombo-sacrală, cu dureri, adesea nocturne, mai ales în partea a doua a nopții, care cu timpul pot deveni permanente. La examen, flexiunea anterioară a trunchiului este împiedicată, bolnavii nu pot atinge cu degetele mîinilor pămîntul, fără să îndoaie genunchii. La început, redoarea din regiunea lombară nu se constată decît dimineața, cînd bolnavul se scoală blocat. În timpul zilei devine mai mobil, iar durerile sînt mai mici. Cînd numai articulațiile sacro-iliace sînt prinse, coloana vertebrală poate să rămînă complet suplă. Semnul Schober clasic este bine să fie cunoscut, pentru că el evidențiază rigiditatea lombară (de la apofiza spinoasă L_5 spre regiunea dorsală se măsoară o distanță de 10 cm, făcîndu-se un semn ; lăsăm bolnavul să facă flexiunea anterioară și dacă la flexiune distanța de la punctul lombo-sacral pînă la semnul indicat măsoară mai puțin de 15 cm, cazul este suspect de S.A.).

La flexiunea laterală, semnul coardei are o importanță deosebită : se înclină bolnavul lateral ; la persoanele normale, mușchii se relaxează iar la spondilitici, mușchii se contractă, dînd semnul corzii.

Flexiunea forțată a coapsei pe abdomen dă dureri în articulația sacro-iliacă de aceeași parte (semnul Mendel pozitiv).

Punem bolnavul să stea în ortostatism cu capul la perete ; distanța dintre occiput și perete arată că semnul săgeții este pozitiv ; aceasta din cauza redorii regiunii cervicale.

La spondilitici, capacitatea vitală este redusă, din cauza osificărilor condrosternale și condrovertebrale.

Există forme incipiente de S.A., fără redoare şi cu V.S.H. normală. Aceste forme sînt rare. La radiografia articulaţiilor sacro-iliace, făcută întîmplător, găsim o sacroileită dublă.

Trebuie să amintim că există forme de S.A. fără sindesmofite ; radiografiile ne arată numai o ligamentită interapofizară. Aceste forme de S.A. posterioară se întîlnesc mai frecvent la femei.

S.A. este mult mai rară la femei, la care frecvent întîlnim o lordoză în regiunea lombară, tocmai din cauza prinderii articulaţiilor interapofizare.

Cîteodată, articulaţiile interapofizare posterioare nu sînt prinse şi totul se reduce la prezenţa artritelor sacroiliace. Aici este vorba de o spondilită forma sacro-iliacă sau pelviartrită.

Diagnosticul S.A. este uşor cînd întîlnim o sacroileită bilaterală, însă artrita sacro-iliacă în S.A. la început nu este totdeauna bilaterală, ea putînd să rămînă ani de zile numai unilaterală. În acest caz, boala se poate confunda cu artrita sacro-iliacă tuberculoasă (sacrocoxalgie). În sacroileitele din S.A., condensarea subcondrală este semnul cel mai important. În sacrocoxalgie găsim numai o decalcificare marcată, iar la tomografii întîlnim o pierdere de substanţă şi sechestre caracteristice. Trebuie în aceste cazuri să facem şi radiografia regiunii lombare, pentru a vedea, dacă nu există un sindesmofit incipient marginal care poate confirma diagnosticul de S.A. Cazul care urmează exemplifică cele expuse :

Obs. 24. — Bolnavul I.R., în vîrstă de 26 de ani, se plînge de dureri intermitente, în fosa iliacă dreaptă cu iradieri de-a lungul sciaticului ; simte aceste dureri de $1^1/_2$ an, fiind mai accentuate la oboseală şi în timpul nopţii. La radiografia bazinului se decelează o sacroileită dreaptă, V.S.H. este 31/87 mm. În antecedentele pulmonare nu se înregistrează nimic patologic pulmonar. Radiografia făcută la noi arată : articulaţia sacroiliacă dreaptă este lărgită, neregulată cu hipercondensare subcondrală discretă. Se recomandă radiografia coloanei dorso-lombare şi se găseşte între D_{12} şi L_1 un sindesmofit incomplet vertical. Se pune diagnosticul de S.A. forma sacro-iliacă parţială. Se indică fenilbutazona, radioterapie în regiunea sacro-iliacă şi dorso-lombară (400 r/cîmp) şi gimnastică. Bolnavul este urmărit timp de 6 luni. În acest timp a fost prinsă şi articulaţia sacro-iliacă stîngă, apărînd şi un aspect de „bambus" în regiunea dorso-lombară

Cazul prezentat anterior confirmă dificultatea diagnosticului diferenţial între o sacrocoxalgie şi S.A., forma sacro-iliacă unilaterală. Acestor bolnavi foarte frecvent li se stabileşte diagnosticul de sacrocoxalgie, li se indică aparat gipsat, după care rămîne anchilozată nu numai regiunea lombară, ci şi toate articulaţiile membrelor inferioare.

Dacă sacroileita bilaterală este un semn sigur de diagnostic precoce în S.A., sacroileita unilaterală, nu exclude diagnosticul

de S.A. Chiar lipsa completă a prinderii articulaţiilor sacro-iliace nu exclude diagnosticul de S.A. în formele periferice.

Greutatea diagnosticului în S.A. incipientă apare şi atunci cînd afecţiunea debutează cu o coxită unilaterală. Diagnosticul diferenţial se face cu coxalgia. Am văzut numeroase erori de acest fel în practica noastră ; bolnavii au fost imobilizaţi timp îndelungat în gips şi au rămas ulterior complet anchilozaţi. Coxita bacilară provoacă osteoporoză şi ulceraţii osoase, pe cînd coxita din S.A. conduce la fibroză şi anchiloză, osteoporoza lipsind. Elocventă pentru cele afirmate este observaţia care urmează :

Obs. 25. — Bolnavul R. I., în vîrstă de 24 de ani, se internează pentru o rigiditate completă localizată în regiunea lombară, în articulaţiile coxo-femurale şi în articulaţiile genunchilor şi gleznelor. Bolnavul afirmă că în urmă cu 6 ani a simţit dureri în articulaţia coxo-femurală stîngă, cu impotenţă parţială. Medicul specialist ortoped, după ce a examinat radiografia făcută cu acest prilej, i-a stabilit diagnosticul de coxalgie stîngă şi i-a indicat imobilizarea îndelungată în aparat gipsat. Radiografia făcută în prezent evidenţiază o sacroileită dublă însoţită de o coxită anchilozantă, anchiloza genunchilor şi a articulaţiilor tibio-tarsiene (bolnavul este complet anchilozat). Situaţia actuală a bolnavului a fost generată de o eroare de diagnostic (coxalgia stîngă), care a dus la imobilizarea în aparat gipsat. Erori de acestea se întîlnesc adesea în practica medicală.

La un bărbat tînăr, care vine cu semne de coxită unilaterală, să nu ne grăbim cu stabilirea diagnosticului de coxalgie şi să nu indicăm punerea articulaţiei în gips. Este necesar în acest caz să investigăm şi articulaţiile sacro-iliace şi să căutăm semnul Ventz. Chiar în cazul cînd aceste examene sînt negative, dacă bolnavul nu are antecedente bacilare, este indicat să facem tomografia articulaţiilor coxo-femurale şi numai decelarea unei leziuni distructive nete de natură bacilară ne indică aplicarea aparatului gipsat.

Uneori S.A. începe cu o coxită dublă. Această coxită dublă poate prezenta două forme : una, care apare înainte de 40 de ani şi are o evoluţie progresivă, anchilozantă, prezentînd pericolul de anchiloză dublă coxo-femurală ; alta, care apare după 40 de ani, este mai trenantă, evoluează mai lent, nu dă anchiloze complete şi seamănă clinic şi radiologic cu o artroză coxo-femurală. De multe ori, aceste forme rămîn limitate numai la articulaţiile coxo-femurale, alteori progresează, mai ales forma care apare înainte de 40 de ani. Uneori, aceste forme se însoţesc şi de prinderea articulaţiilor sacro-iliace, diagnosticul fiind mai uşor de făcut în acest caz.

Diagnosticul se face cu ajutorul examenului radiografic. Coxita în S.A. este mai frecventă decît în P.C.E. Ea se carac-

terizează din punct de vedere radiologic prin micşorarea spaţiului articular, care se întîlneşte destul de rar, cartilajul fiind distrus numai parţial ; adesea întîlnim osteofite şi deforma-

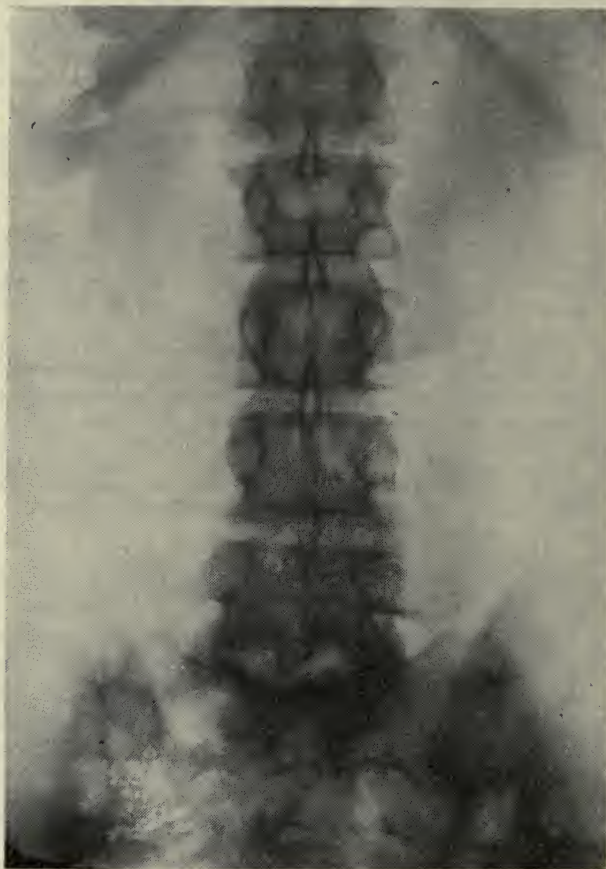


Fig. 8. — S.A. cu sindesmofit Ventz.

rea capului femural. În articulaţia interesată găsim coexistenţa procesului constructiv şi distructiv. În coxita spondilitică, faza inflamatoare iniţială cu distrucţia parţială a cartilajului şi osului este urmată de faza reparatoare, fibroasă, cu tendinţa spre osificare ; cele două faze pot fi găsite împreună.

Printre formele periferice de S.A. întîlnim şi forma scandinavică, în care, pe lîngă afectarea coloanei vertebrale, întîlnim şi prinderea articulaţiilor degetelor de la mîini şi (mai

rar) de la picioare. Această formă ne creează uneori dificultăţi mari, cînd trebuie să facem diagnosticul diferenţial între S.A. şi P.C.E. În stabilirea acestui diagnostic diferenţial vom



Fig. 9. — Radiografia oaselor bazinului în S.A.

ţine cont de mai mulţi factori. Astfel, S.A. debutează cu prinderea coloanei vertebrale în 50% din cazuri, pe cînd P.C.E. numai în 5% din cazuri. Debutul periferic în S.A. se înregistrează într-o proporţie de 38%, iar în P.C.E. de 93%. Debutul brusc în S.A. a fost găsit de autorii finlandezi într-o proporţie de 36%, iar cel insidios în 64%, spre deosebire de P.C.E., în care debutul acut a fost găsit în 22% din cazuri, iar cel insidios în 77% din cazuri. S.A. poate începe printr-o poliartrită acută sau subacută, simulînd reumatismul Bouillaud-Sokolski. Confuzia cu această boală este şi mai mare, deoarece uneori se produc determinări cardiace şi în S.A. Vîrsta medie la care începe S.A. este de 24 de ani, iar cea la care începe P.C.E. este de 39 de ani. Sindromul sacroiliac este prezent în 82% din cazuri în S.A. şi numai în 5% din cazuri în P.C.E. Apariţia progresivă a rigidităţii coloanei vertebrale se înregistrează într-o proporţie de 29% la cei cu S.A. şi numai de

1% la cei cu P.C.E. În S.A., sacroileita inițială există în 78% din cazuri, osteoporoza în 29% din cazuri, sindesmofitoza în 48% din cazuri, aspectul de bambus al coloanei în 21% din cazuri și osteofite în 19% din cazuri. Osteoporoza din S.A. este discretă, pe cînd în P.C.E. este foarte netă și există în proporție de 83%. Sincondroza sternomanubrială este de 3 ori mai frecventă în S.A. decît în P.C.E. ; nodulii subcutanați sînt de asemenea de 5 ori mai frecvenți în P.C.E. ; leziunile articulare periferice din S.A. persistă într-o proporție de 28%, pe cînd cele din P.C.E. într-o proporție de 88%. Tendosinovitele se întîlnesc în 38% din cazurile de S.A. și în 7% din cele de P.C.E. Calcaneita este prezentă în 17% din cazurile de S.A. și în 2% din cele de P.C.E. ; totuși, o calcaneită incipientă trebuie să ne facă să ne gîndim mai mult la un P.C.E. cu debut calcanean decît la S.A. (fiind mai frecventă la debutul P.C.E. decît la debutul S.A.).

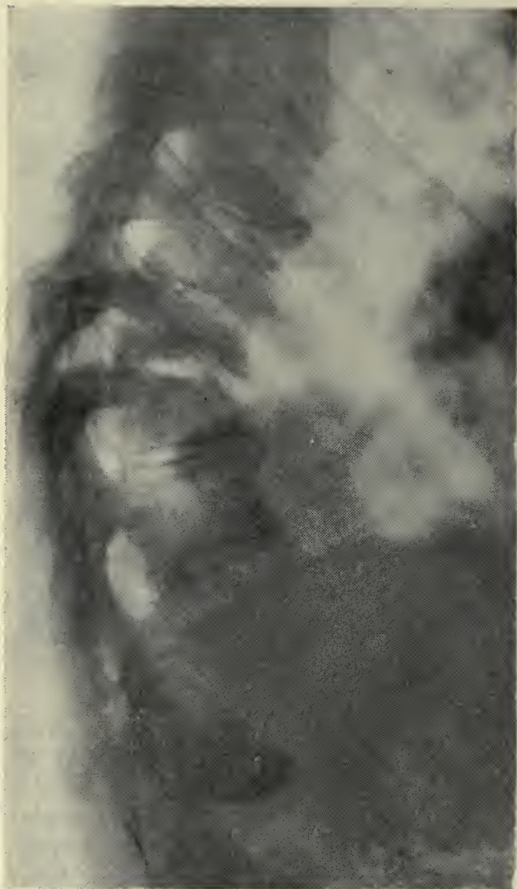


Fig 10. — S.A. asociată cu morb Pott.

În S.A., leziunea distructivă se vindecă prin scleroză osoasă relativ precoce. Osul se reconstruiește, luînd cu timpul un aspect normal, leziunile spondilitice nemaifiind vizibile pe radiografie ; totuși, cîteodată, discul distrus se vindecă printr-un bloc vertebral.

Diagnosticul diferenţial se poate face şi cu o spondilită tuberculoasă.

În S.A., distrucţiile, de obicei discrete, conduc la anchiloză sau fibroză, pe cînd în morbul Pott vertebral, osteoporoza

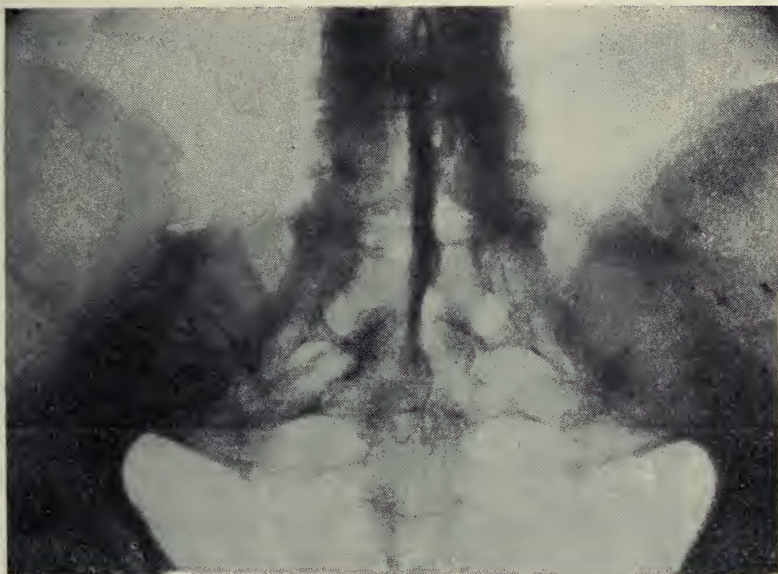


Fig. 11. — S.A., sinostoza articulaţiilor sacro-iliace şi calcificarea ligamentului longitudinal anterior.

şi distrucţia vertebrală nu sînt urmate de fenomene de construcţie. În S.A., procesul reparator de la nivelul coloanei vertebrale, sternului şi simfizei pubiene este analog cu cel din articulaţiile sacro-iliace ducînd la sincondroze. De multe ori, fenomenul de refacere în S.A. face ca osul să prezinte un aspect complet normal. Osificările pot prinde şi articulaţiile costovertebrale, ligamentele ilio-lombare, apofizele spinoase şi mai ales ligamentul longitudinal anterior. Romanus crede că osificarea ligamentară în S.A. este secundară procesului primar care interesează ţesutul conjunctiv, imediat adiacent ligamentului. Acelaşi proces se petrece şi la nivelul ligamentului galben.

Discul intervertebral este şi el interesat uneori în S.A. Într-o proporţie de 40% din cazuri, el se micşorează progresiv sau poate prezenta cavităţi mici în partea anterioară care pot evolua pînă la distrucţii parţiale sau totale, urmate uneori de formarea de blocuri vertebrale. Un disc micşorat, fără osteo-

fite pe vertebra adiacentă, constituie un semn de S.A. activă. În cazuri de lungă durată, la nivelul coloanei vertebrale găsim alături de sindesmofite şi osteofite, care dau aspecte voluminoase şi groteşti. Cîteodată, în S.A. se pot întîlni şi hernii



Fig. 12. — Artrită a umărului în S.A.

discale. Micşorarea locală a discurilor constituie frecvent un semn tardiv de S.A. ; micşorarea discurilor explică faptul că bolnavii spondilitici devin mai mici sau cifotici.

Articulaţiile scapulo-humerale, acromio-claviculare şi sterno-claviculare sînt prinse mai rar, la nivelul lor coexistînd procese constructive şi distructive. La început, articulaţiile

costo-transversale, sterno-costale şi costo-vertebrale sînt sensibile, apoi se formează o sinostoză nedureroasă.

Semnele radiologice de sacroileită apar la cîteva luni după debutul bolii, însă uneori abia după 2—3 ani. Sinostoză sacro-iliacă completă se întîlneşte la 3—4 ani de la debut, mai rar chiar la 20 de ani.

Debutul prin irită al S.A. este rar, irita fiind mai frecventă în evoluţia spondilitei anchilopoietice.

S.A. este o boală progresivă, evoluînd în mod intermitent, în salturi, atacurile acute alternînd uneori cu intervale de săptămîni, luni şi ani de acalmie.

Capacitatea de muncă este aproape normală la spondilitici, atîta timp cît boala interesează numai coloana vertebrală.

Uneori, S.A. apare după un traumatism vertebral. Această formă posttraumatică este localizată, de obicei nu progresează, nu se extinde la articulaţiile periferice, V.S.H. este normală, iar prognosticul este relativ bun.

Cînd S.A. are ca punct de plecare călcîiul (bolnavul acuză talalgii), calcaneita care se instalează se prezintă sub forma unor neoformaţii subcalcaneene sau sub forma unei periostite proliferative, care mai tîrziu se sclerozează ; eroziunile lipsesc în astfel de cazuri.

Uneori, S.A. se manifestă clinic prin dureri sternale, parasternale şi xifoidiene, iar bolnavii prezintă o respiraţie superficială. Algiile sternale şi parasternale constituie uneori simptome de debut, de care trebuie să ţinem cont. Manifestările radiologice apar mult mai tardiv decît simptomele clinice. Vom exemplifica cele afirmate printr-un caz clinic.

Obs. 26. — Bolnavul N. S., în vîrstă de 47 de ani, se prezintă la consultaţii pentru dureri în regiunea toracică anterioară şi dispnee. A fost examinat de cardiologi, care nu au constatat nimic patologic. Bolnavul nu acuză dureri reumatice, mişcările sînt libere în articulaţii ; se plînge numai de dispnee. La examenul obiectiv se constată o sensibilitate la presiune în regiunea sternală şi la nivelul articulaţiilor condro-sternale şi sterno-claviculare, cu reducerea ampliaţiilor mişcărilor respiratorii. Bolnavul nu are emfizem, nici bronşită cronică, nu este fumător, V.S.H. 17/37 mm ; recunoaşte în antecedente o infecţie gonococică. Radiografia articulaţiei condro-costale nu arată nimic deosebit, radiografia coloanei dorso-lombare arată o discretă spondiloză cu osteofitoză. Radiografia articulaţiilor sacro-iliace evidenţiază o sacroileită dublă cu sincondroză. Deci este vorba în acest caz de o S.A., care s-a manifestat clinic foarte tîrziu (prin sternalgii, dureri condro-costale şi dispnee de efort) şi care a fost diagnosticată prin radiografia articulaţiilor sacro-iliace.

Din cele relatate anterior se vede că debutul S.A. este variabil şi atipic. Evoluţia bolii şi viitorul bolnavului depind de modalitatea de debut a afecţiunii. Numai stabilirea precoce a

diagnosticului, urmată de administrarea unui tratament adecvat, poate opri aceste boli anchilozante şi invalidizante.

Formele de debut sînt multiple ; forma clasică cu debut sacro-iliac nu se întîlneşte decît în 60% din cazuri. Diagnosticul de S.A. nu întîmpină dificultăţi în stadiile tardive, însă atunci rezultatele tratamentului sînt reduse.

Clasic se descriu două forme de S.A. : forma Bechterew, cu cifoză şi forma Strümpel-Pierre-Marie, în care coloana vertebrală, care este prinsă de jos în sus (de la articulaţiile sacro-iliace pînă în coloana cervicală), se anchilozează rectilin, fiind prinse în acelaşi timp şi centura pelviană şi centura scapulo-humerală. Trebuie să spunem că putem întîlni frecvent tipul Bechterew, cu prinderea centurii pelviene şi scapulo-humerale. Este dovedit că cifoza din forma Bechterew nu este un simptom specific al bolii, ci o poziţie antalgică, pe care o ia bolnavul, ca să-i micşoreze durerile în coloana vertebrală. Bolnavul stă în pat, cu capul sprijinit pe mai multe perne, în flexiune anterioară, pentru a împiedica contractura dureroasă a muşchilor paravertebrali.

Noi deosebim în S.A. 3 forme : forma centrală (care prinde tija coloanei vertebrale şi care la rîndul său poate îmbrăca un tip cifotic şi unul rectilin) ; forma periferică, care poate să aibă ca punct de plecare fie articulaţiile rădăcinilor membrelor superioare şi inferioare, adică centura pelviană şi centura scapulo-humerală (forma Strümpel-Pierre-Marie), fie una sau mai multe articulaţii periferice (formele periferice monooligo- sau poliarticulare) ; forma viscerală, în care spondilita interesează întreg organismul ; aici intră forma hepato-splenomegalică, forma acută şi subacută, forma anemică, spondilita cu nefropatie şi amiloidoză etc.

Aceste trei forme nu au limite precise ; ele se pot asocia între ele, predominînd însă o formă sau alta. Uneori, S.A. care începe în coloana vertebrală poate prinde ulterior articulaţiile periferice şi în cele din urmă se poate visceraliza. Alteori, boala care începe monoarticular poate prinde articulaţiile periferice, apoi pe cele sacro-iliace, coloana vertebrală şi numai după aceea se visceralizează. Rar întîlnim S.A. cu evoluţie acută, rapidă, interesînd întreg organismul de la început şi avînd un prognostic grav. Prognosticul grav se fixează în general în faza terminală a bolii.

Noi împărţim S.A. şi după etiologia predominantă : forme predominant reumatismale (care încep printr-o amigdalită şi un reumatism acut şi apoi evoluează ca S.A.) ; forme predominant bacilare, care survin la bolnavii cu antecedente bacilare ; forme cu infecţii urogene. Romanus afirmă că a găsit

infecţii uro-genitale, prostato-veziculare în 2/3 din cazurile de S.A. Bacteriile sau produsele toxice, după opinia acestui autor, pot trece din organele bazinului în sistemul venos vertebral şi de aici, prin pereţii vasculari, ajung în ţesuturile subiacente, unde produc leziuni inflamatoare. La femei, infecţia ar avea ca punct de plecare uterul sau rectul, nu însă ovarele.

Reiter consideră că sindromul ce-i poartă numele (manifestat prin uretrită, conjunctivită şi artrită) poate conduce uneori la S.A. Autorii francezi incriminează în etiologia S.A. şi infecţiile cronice intestinale. Traumatismele au fost incriminate în 8% din cazuri în etiologia S.A.

Unanim, toţi autorii sînt de acord că ereditatea joacă un rol important în această boală.

Diagnosticul diferenţial

Diagnosticul diferenţial este foarte important, mai ales în formele de debut. Astfel vom face diagnosticul diferenţial al formei centrale a S.A. cînd debutul se face la nivelul regiunii lombare, dorsale şi cervicale. Diagnosticul diferenţial al S.A. (forma periferică) se va face cu afecţiunile articulare de altă natură. Forma viscerală a S.A. nu pune probleme dificile de diagnostic în ceea ce priveşte aparatul locomotor ; este mai dificil de precizat, dacă localizările viscerale reprezintă complicaţii ale bolii sau boli asociate.

1. În spondilita anchilopoietică incipientă cu debut sacrolombar diagnosticul diferenţial se face cu : a) discopatia lombară ; b) hernia de disc lombară ; c) unele malformaţii congenitale (spina bifida, sacralizarea, lombalizarea) ; d) sacro-coxalgiile ; e) ileita condensantă ; f) morbul Pott lombar ; g) spondilita brucelozică, streptococică, meningococică, pneumococică etc.

a) Discopatia lombară începe după 40 de ani, cînd S.A. este rară ; radiografia este edificatoare.

b) Hernia de disc are un debut brusc ; în antecedente găsim prezenţa unui traumatism ; produce scolioza antalgică şi lombosciatica unilaterală. În S.A., debutul este lent ; lipseşte traumatismul în antecedente ; sciatica este basculantă ; V.S.H. este mărită ; nu există scolioză antalgică. Aceste boli (S.A., discopatia şi hernia de disc) nu se exclud una pe alta ; o hernie de disc sau o discopatie pot să se asocieze cu S.A., ducînd la exacerbarea durerilor lombare.

c) Malformaţiile congenitale (spina bifida, sacralizarea, lombalizarea) predispun la discopatii şi dau dureri lombare

difuze, cronice, uneori cu exarcerbări acute, fără traumatisme în antecedente, ceea ce face să fie confundate cu debutul inițial de S.A. În aceste afecțiuni, durerile sînt lombare superioare, pe cînd în S.A. incipientă sînt sacro-lombare. În S.A., contractura musculară este intensă, iar repausul nu ameliorează durerile ; radiografia sacro-lombară și V.S.H. clarifică diagnosticul. Malformațiile congenitale pot fi un punct de atracție pentru localizarea S.A. ; aceasta explică frecvența sporită cu care se întîlnesc malformațiile congenitale la spondilitici.



Fig. 13. — S.A. cu bloc vertebral la nivelul coloanei cervicale.

d) Sacroileita tuberculoasă se deosebește de S.A. inițială prin faptul că este unilaterală, pe cînd sacroileita în S.A. este bilaterală. Chiar cînd sacroileita din S.A. este unilaterală de la început se deosebește de sacro-ileita tuberculoasă, prin faptul că prezintă o hipercondensare subcondrală verticală, pe care nu o întîlnim în ultima afecțiune, căreia însă îi este caracteristic un proces de osteoporoză cu ulcerații osoase avansate.

e) Ileita condensantă apare mai ales la femei după sarcină ; este unilaterală, iar din punct de vedere radiologic, condensarea se prezintă sub forma de triunghi, interesînd numai osul iliac.

f) Morbul Pott lombar are o evoluție insidioasă, ca și S.A. În morbul Pott lombar, durerile sînt localizate mai mult în regiunea lombară, există o sensibilitate mare la presiune pe una

sau două apofize spinoase, iar repausul diminuează durerile. În S.A., durerile cuprind întreaga regiune lombară şi mai ales articulaţiile sacro-iliace şi sînt exacerbate de repaus.

g) Spondilita brucelozică seamănă, pînă la un punct, cu S.A., deoarece bruceloza se poate localiza în articulaţiile sacro-



Fig. 14. — Ileită condensantă.

iliace şi poate da, ca şi S.A., sinostoze sacro-iliace. Diagnosticul diferenţial se face ţinînd cont de fenomenele de debut ale spondilitei brucelozice (febră, frisoane, transpiraţii), care preced localizarea sacro-iliacă, şi de reacţia la melitină pozitivă. Sacroileita brucelozică nu progresează pe întreaga coloană vertebrală ca S.A.

S.A. la femei este rară şi se poate confunda cu discopatia lombară. Este însoţită frecvent de lordoză, are o evoluţie mai benignă şi de multe ori este asociată cu artrite periferice, cînd sînt uneori simetrice, ducînd la confuzia cu P.C.E., mai ales că uneori testul Waaler-Rose este pozitiv.

2. *În regiunea dorsală,* S.A. se poate confunda cu boala Scheuermann, boala Kümmel-Verneuil şi cu discopatia.

a) Boala Scheuermann începe în regiunea dorsală şi este nedureroasă pînă la vîrsta de 18 ani. Regiunea dorsală în această afecţiune devine cifotică, V.S.H. este normală, iar radiografia dorso-lombară evidenţiază prezenţa unor vertebre neregulate

sau cuneiforme. Cu timpul, durerile din regiunea dorsală se pot extinde spre regiunea lombară ; în acest stadiu este posibilă confuzia acestei boli cu S.A., mai ales la femei, căci în ambele boli există o cifolordoză. Contractura musculară este însă mai mare în S.A. decît în boala Scheuermann, iar V.S.H. este mărită în prima afecţiune şi normală în ultima. Adesea în boala Scheuermann poate să apară o S.A.

b) Sindromul Kümmel-Verneuil se localizează mai mult în regiunea dorsală sau dorso-lombară ; în trecutul îndepărtat al bolii se remarcă prezenţa unui traumatism, iar coloana prezintă o gibozitate asemănătoare cu cea din morbul Pott, însă cu V.S.H. normală. Radiografia coloanei vertebrale ne clarifică diagnosticul.

c) Discopatia dorsală poate să se asocieze cu S.A. De multe ori însă este posibilă o confuzie a S.A. cu o discopatie dorsală, căci ambele se însoţesc de dureri dorsale, dînd nevralgii intercostale. În discopatie nu există contractură musculară, V.S.H. este normală şi găsim osteofite, nu sindesmofite ca în S.A.

3) *Localizarea S.A. în regiunea cervicală* pretează la confuzii cu spondilita cervicală la copii. Spondilita din P.C.E., la copii, interesează numai coloana cervicală şi dă torticolis ; ea apare în cadrul unui tablou clinic de P.C.E. şi nu prinde regiunea dorso-lombară ; sînt prinse însă uneori articulaţiile sacroiliace, mai ales în formele severe de P.C.E. infantil. S.A., care interesează numai coloana vertebrală, se poate confunda uneori cu camptocormia, afecţiune caracterizată prin contractura muşchilor pe toată coloana vertebrală, dînd rigiditatea accentuată a ei şi dureri difuze, boală întîlnită la psihopaţi. V.S.H. este normală, radiografia coloanei este negativă, iar tulburările neuro-vegetative sînt foarte accentuate.

Cînd S.A. îmbracă forma coxo-femurală, cu coxită dublă, poate să se confunde, cînd apare după vîrsta de 40 de ani, cu coxoza dublă, mai ales că ambele au o evoluţie lentă şi seamănă pînă la un punct şi în privinţa aspectului radiologic. Coxozele duble încep frecvent unilateral şi apoi se bilateralizează. V.S.H. nu este accelerată, iar mişcările sînt mai ample decît în coxitele din S.A.

Greutatea diagnosticului apare însă cînd coxita din S.A. începe unilateral ; atunci ea se poate confunda foarte uşor cu coxalgia. Se deosebeşte de coxalgie prin aceea că din antecedentele S.A. lipseşte baciloza, iar pe radiografie nu constatăm prezenţa leziunilor osoase caracteristice coxitei bacilare.

Spondilitele periferice se pot confunda cu P.C.E., reumatismul Bouillaud-Sokolski, reumatismul subacut, poliartrita tip

Poncet, poliartrita neisseriană, reumatismul postdizenteric, artropatiile postanginoase, psoriazice etc.

P.C.E. apare mai frecvent la femei, este simetrică, are testul Waaler-Rose pozitiv şi prinde rar şi tardiv articulaţiile sacro-iliace.

Boala Bouillaud-Sokolski este însoţită la copii de cardită, artritele sînt fugace, nu lasă sechele, iar titrul ASLO este mărit. Dificultatea de diagnostic este mai mare în forma fibroasă care apare la adulţi. Această formă care apare în 6% din cazuri se poate confunda cu S.A. periferică, de care se deosebeşte prin titrul ASLO mărit şi prin lipsa prinderii articulaţiilor sacro-iliace.

Reumatismul tip Poncet este considerat astăzi ca fiind foarte rar. Cea mai mare parte a cazurilor de reumatism Poncet sînt în realitate forme atipice de P.C.E. ; există totuşi şi reumatism Poncet, care poate fi confundat cu S.A. forma periferică. Reumatismul Poncet apare mai frecvent pînă la vîrsta de 20 de ani, pe cînd S.A. după această vîrstă ; reumatismul Poncet prinde de obicei articulaţii puţine, dă hidartroze, bolnavul are în antecedente o tuberculoză floridă, iar articulaţiile sacro-iliace sînt libere.

Poliartrita neisseriană este astăzi rară ; se poate confunda cu S.A., mai ales că ambele pot avea în antecedente o infecţie neisseriană. În artropatia neisseriană, debutul este poliarticular acut, avînd ca punct de plecare o infecţie neisseriană ; prinde în mod persistent 1—2 articulaţii, dar nu interesează niciodată articulaţiile sacro-iliace.

Artropatiile postdizenterice pot să se confunde cu S.A. periferică, mai ales că după unii autori S.A. poate să aibă origine intestinală. Artropatia postdizenterică apare la 2 săptămîni după dizenterie, prinde 1—2 articulaţii, nu prinde sacro-iliacele, nu este progresivă.

Artropatiile postanginoase au ca punct de plecare o infecţie amigdaliană ; debutul este acut sau subacut, iar boala se ameliorează sau se vindecă după ablaţia amigdalelor ; ASLO este mărit, iar articulaţiile sacro-iliace sînt indemne.

Reumatismul subacut prinde de obicei simetric articulaţiile tibio-tarsiene ; articulaţiile sacro-iliace sînt libere şi boala nu lasă sechele.

Artropatiile psoriazice se pot confunda şi ele cu S.A., apar în mod egal la ambele sexe, pe cînd S.A. predomină la bărbaţi. Greutatea diagnosticului este şi mai mare, cînd psoriazisul se asociază cu S.A. Trebuie să precizăm însă că, fenilbutazona care dă rezultate în spondilita periferică, este ineficace în artropatia psoriazică agravînd chiar manifestarea cutanată a acestei boli.

Diagnosticul în S.A. forma viscerală, va fi discutat cu ocazia prezentării bolilor asociate cu S.A. Este important să precizăm dacă manifestările viscerale sînt complicaţii ale S.A. sau fac parte din tabloul clinic al unor boli asociate.

Tratamentul spondilitei anchilopoietice

Nu există o terapie specifică în S.A. În general, tratamentul acestei boli urmăreşte două scopuri : să oprească sau să întîrzie progresivitatea bolii prin suprimarea activităţii procesului inflamator ; să prevină deformaţiile coloanei vertebrale, care dau incapacitate de muncă şi mai tîrziu dependenţa socială şi economică a bolnavului.

Tratamentul în S.A. constă din : fizioterapie ; gimnastică ; antireumatice (salicilat, aspirină, piramidon, butazolidină) ; repaus fizic şi psihic, cel puţin 10 ore în 24 de ore (8 ore noaptea, 2 ore ziua) ; pat tare ; regim şi climatoterapie ; tratament ortopedic ; uneori corticoterapie ; radioterapie, făcută cu mare prudenţă, numai în cazurile în care nu au ajutat alte tratamente.

Suprasolicitările şi hiperfuncţia coloanei vertebrale şi a articulaţiilor prinse trebuie să fie evitate în S.A.

Scopul tratamentului este să prevenim deformaţiile şi pentru aceasta bolnavul trebuie să aibă o ţinută dreaptă a corpului.

Terapia trebuie să fie individualizată în funcţie de forma, stadiul şi gradul de activitate a bolii. Trebuie să explicăm bolnavului că are o boală de lungă durată, că el trebuie să colaboreze cu medicul în timpul tratamentului, că dacă urmează tratamentul se poate comporta ca un om cvasinormal, iar dacă neglijează tratamentul poate deveni un invalid.

Trebuie să convingem bolnavul că cel mai bun tratament este reprezentat de exerciţiile fizice şi gimnastica zilnică făcute sistematic şi însoţite de mişcări respiratorii. Repausul trebuie să alterneze cu mişcările ; activitatea fizică trebuie redusă mai ales la cei ce obosesc prin muncă. Dintre sporturi, cel mai bun este înotul în bazin încălzit ; mersul călare, tenisul şi mersul pe motocicletă nu se recomandă.

Ţinuta fiziologică în mers este următoarea : capul ridicat, pieptul scos în afară şi abdomenul supt. Exerciţiile fizice în S.A. trebuie să fie făcute de două ori pe zi, ele constituind o parte esenţială a tratamentului. Corsetul ortopedic la spondilitici se recomandă numai în formele avansate, unde spasmele musculare şi deformările nu pot fi combătute prin alte mijloace. O baie caldă şi un analgetic înaintea exerciţiilor permit ca mişcările să fie făcute mai uşor. Bolnavul nu trebuie să

meargă aplecat înainte, iar cînd se odihneşte trebuie să stea pe pat tare, fără pernă. Bastonul şi cîrjele se recomandă numai cînd sînt prinse articulaţiile coxo-femurale, genunchii şi gleznele.

În formele active recente, tratamentul antiinflamator se completează cu mijloace ortopedice.

Tratamentul antiinflamator în spondilite îl facem cu ajutorul fenilbutazonei (400 mg/zi *per os* în prima săptămînă, 300 mg/zi în a doua săptămînă şi apoi 100—200 mg/zi după nevoie). Cînd durerile sînt mari obţinem rezultate favorabile prin injecţii intramusculare de fenilbutazonă, făcute la interval de 3—4—5 zile, rărite din ce în ce mai mult, ajungînd la o injecţie/săptămînă ; cîteodată facem un tratament combinat (100 mg fenilbutazonă zilnic *per os,* cu o injecţie intramusculară săptămînal de fenilbutazonă).

Fenilbutazona suprimă durerile din coloana vertebrală şi din articulaţii şi redoarea datorită inflamaţiilor ligamentare recente, stabilizînd astfel evoluţia bolii. Totuşi, acest tratament făcut prelungit este contraindicat la persoanele cu tulburări digestive, renale şi sanguine. Fenilbutazona rămîne însă tratamentul simptomatic de elecţie în S.A., fiind un medicament antiinflamator excelent şi avînd aici o eficacitate mai mare decît în P.C.E.

Noi dăm fenilbutazona în formele dureroase, cel mult 10 zile/lună. Dacă rezultatul este bun reducem doza de la 400 mg la 200—100 mg/zi încă cel puţin 10 zile, după care îl înlocuim cu salicilat, piramidon sau aspirină. Salicilatul se dă în doza de 5—7 g/zi ; aspirina 2—4 g/zi, iar piramidonul 2—3 g/zi. Unii întrebuinţează cu rezultate bune Tomanolul sau Tanderilul, în aceeaşi doză ca fenilbutazona şi Ibufenacul.

Corticoterapia este rezervată în general la bolnavii cu V.S.H. mărită, stări febrile sau la persoanele care au intoleranţă la fenilbutazonă. Trebuie tatonată însă doza eficace minimă ; de multe ori, noi asociem 5—10 mg Prednison cu 100—200 mg fenilbutazonă sau aspirină.

În corticoterapie, principiul nostru este : doza cît mai mică şi pe un timp cît mai scurt posibil.

Corticoterapia suprimă inflamaţia, ameliorează spasmele musculare şi rigiditatea, micşorează durerile de spate şi radiculare şi măreşte mobilitatea bolnavului. Ea este mai eficace în P.C.E. decît în S.A. Terapia cortizonică, din cauza efectelor sale secundare, se recomandă în S.A. numai pentru a combate exacerbările temporare şi în cazul cînd celelalte tratamente au eşuat.

Sărurile de aur sînt rar eficace în S.A. ; noi le întrebuinţăm în forma periferică cu rezultate bune ; de asemenea între-

buinţăm şi antimalaricele de sinteză în aceste forme (Clorochinul).

Radioterapia poate fi întrebuinţată singură sau combinată cu o medicaţie antiinflamatoare ; ea ajută să oprească evoluţia procesului. De la început putem recomanda pe articulaţiile sacro-iliace doze antiinflamatoare ; niciodată însă nu trebuie depăşită doza totală de 1 200 r/an.

Radioterapia reduce durerile, rigiditatea şi hipersensibiltatea locală ; se afirmă chiar că o doză totală de 600 r/articulaţiile sacro-iliace, făcută în stadiul iniţial, ar opri evoluţia acestei boli. Radioterapia poate fi repetată după 3—6 luni şi numai la locurile de recidivă. Ea permite bolnavilor să facă exerciţiile fizice mai uşor şi să reducă dozele de medicamente. La femei, înainte de menopauză, doza totală aplicată pe articulaţiile sacro-iliace nu trebuie să depăşească 300 r. P. Balmuş şi colab. au obţinut rezultate bune cu nămol radioactiv.

De la început, bolnavii cu S.A. trebuie să doarmă pe pat tare, pentru a evita deformarea coloanei vertebrale, recomandîndu-le chiar să poarte un corset. Gimnastica respiratorie trebuie făcută chiar în timpul durerilor.

În stadiile avansate ale bolii, în afară de tratamentul antiinflamator indispensabil, tratamentul ortopedic devine şi mai important, pentru a reduce deformaţiile şi anchilozele ; în afară de repaus, corset, reeducaţie cotidiană la centrele respective se recomandă cure termale (în formele areactive cu V.S.H. normală sau puţin ridicată) şi fizioterapie.

În formele dureroase se prescriu curenţi diadinamici, ultrascurte, microunde, ionizări, ultrasunete, băi de lumină, rouatherm, ultraviolete şi aplicaţii de parafină.

În S.A. de lungă durată, cu deformaţii vertebrale şi redori în atitudinea de flexiune, chirurgia poate da ameliorări prin redresarea cifozelor mari ; se face osteotomie vertebrală posterioară sau posterioară plus anterioară. Se poate de asemenea mobiliza un şold anchilozat printr-o rezecţie artroplastică sau printr-o rezecţie simplă, urmată de reeducaţie permanentă, asociată cu tratament medical şi completată prin tratament balneofizioterapic.

Rolul kineziterapiei în această boală este considerabil. În S.A. periferică cu hidartroze mari, rebele la tratament, sinovectomia poate opri recidivele.

Recuperarea funcţională în S.A. este o problemă de bază. Ergoterapia sau terapia de ocupaţie completează tratamentul, dînd posibilitatea în viitor ca bolnavul să poată deveni folositor societăţii.

Readaptarea profesională sau reclasarea în alte munci trebuie să fie ocupaţia specialiştilor, pentru a înlesni spondiliticului o muncă corespunzătoare posibilităţilor lui.

Psihoterapia trebuie utilizată permanent, mai ales în formele în care terapia de care dispunem nu a dat rezultatele dorite (formele evolutive sau formele însoţite de depresiune psihică serioasă).

Este necesar să convingem bolnavul că perseverenţa în tratamentul prescris, mişcările şi menţinerea echilibrului psihic îi opresc boala, permiţîndu-i să ducă o viaţă cvasinormală.

Spondilita anchilopoietică, boli asociate, complicaţii

Frecvent, tratamentul S.A. devine şi mai greu din cauza bolilor asociate şi a complicaţiilor care survin în cursul acestei afecţiuni.

S.A. se poate asocia cu colita ulceroasă, boala ulceroasă, infecţiile uro-genitale, psoriazisul, P.C.E., sindromul Reiter, sindromul Behçet, eritemul exsudativ multiform, sindromul Caplan, tuberculoza pulmonară, sarcoidoza, bruceloza, bolile de colagen, artrozele şi spondilozele, boala Scheuermann, diversele endocrinopatii, spondiloza Erdheim, boala Whipple.

Este important să precizăm dacă afectarea diferitelor organe se face în cadrul unor boli asociate sau reprezintă complicaţii ale afecţiunii de bază.

S.A. se poate complica cu nefropati, hepatopatii (ciroze hepatice), irite, iridociclite, cardiopatii, leucemii, anemii, arterite, nevrite, amiloidoze şi subluxaţii atlanto-axoidiene.

Colita ulcero-hemoragică se asociază cu S.A. în 3—20% din cazuri. S.A. este de 5 ori mai frecventă la cei ce sufăr de colită ulceroasă decît în masa largă a populaţiei. Unii autori susţin că există o spondilită specifică, produsă de colita ulceroasă hemoragică, după cum există şi o artrită specifică.

Raportul dintre femei şi bărbaţi în S.A. asociată cu colită ulcero-hemoragică este 1 : 7, iar în S.A. fără colită ulceroasă este 1 : 13 ; deci raportul dintre cele două sexe este mai mic cînd S.A. se asociază cu colita ulcero-hemoragică. În privinţa succesiunii dintre cele două boli se constată că S.A. precede mai frecvent colita ulcero-hemoragică. Rotstein şi colab. au observat exacerbări sincrone în cele două îmbolnăviri.

Obs. 27. — Bolnavul S. L., în vîrstă de 31 de ani, se internează pentru febră, dureri abdominale, diaree hemoragică şi purulentă, stare generală alterată, tulburări neuro-vegetative. Bolnavul suferă de 5 ani de S.A. ; coloana vertebrală este fixă în regiunea lombară, iar articulaţiile sînt libere. Este nervos, suferă de mai mult timp de tulburări intestinale ; în ultimele 2 săptămîni au apărut scaune moi cu sînge şi

puroi, însoţite de febră şi o stare de astenie marcată. Durerile lombare ocazionate de spondilită nu s-au exacerbat. Un tratament cu antibiotice (tetraciclină), repaus la pat, sedative şi clisme cu dermatol a dus la atenuarea fenomenelor, bolnavul rămînînd însă cu slăbiciune generală, inapetenţă şi tulburări nervoase.

Din cele relatate anterior se poate deduce că apariţia unei colite ulceroase la un bolnav cu S.A. nu agravează spondilita, dar agravează organismul spondiliticului cu atît mai mult, cu cît se ştie că colita ulceroasă recidivează continuu.

Mai frecvent, S.A. se asociază cu *boala ulceroasă*, într-o proporţie care poate să ajungă pînă la 30%. Un spondilitic trebuie să fie examinat şi din punct de vedere gastro-intestinal, deoarece apariţia unei boli ulceroase, deşi nu exacerbează S.A., influenţează starea generală a spondiliticului, care slăbeşte încă mai mult ; bolnavul se astenizează, se anemiază şi nu poate da randamentul necesar în munca sa.

În S.A. s-au constatat *prostatoveziculite* în proporţie de 98%, ceea ce a făcut pe Romanus să creadă că, în afara factorului ereditar, în S.A. poate fi incriminată şi o infecţie uro-genitală.

Între factorul uro-genital şi S.A. există o corelaţie. Practic, cînd întîlnim în antecedentele sponidiliticilor infecţii uro-genitale trebuie să le tratăm, deoarece ele pot exacerba S.A., agravînd starea bolnavului (obs. 28).

Obs. 28. — Bolnavul C. R., în vîrstă de 33 de ani, vine la consultaţii pentru S.A., care cuprinde întreaga coloană vertebrală, umărul drept şi articulaţia coxo-femurală. Suferă de S.A. de mai mult de 10 ani, iar în tinereţe a avut gonorei repetate. Durerile de spondilită sînt accentuate, mai ales noaptea, sînt întovărăşite de impotenţă funcţională, de stare subfebrilă şi de creşterea V.S.H. (47/86 mm). După fenilbutazonă, durerile diminuează, dar febra şi V.S.H. nu scad. Examenul obiectiv constată prezenţa unei prostatoveziculite. Se adaugă la tratament streptomicină, masaj al prostatei şi ultrascurte. Febra scade, durerile spondilitice cedează, V.S.H. ajunge la 13/26 mm.

Spondilita anchilopoietică, în special forma periferică, se asociază cu psoriazisul în 6% din cazuri. Clasic, S.A. precede psoriazisul şi apare cu aceeaşi frecvenţă la ambele sexe.

Noi am îngrijit 7 cazuri de S.A. asociate cu psoriazis. În 5 din cele 7 cazuri, psoriazisul a apărut în urma spondilitei. În 2 cazuri, apariţia psoriazisului a agravat evoluţia spondilitei, transformînd-o într-o formă hepato-renală, care s-a terminat cu amiloidoză. Cazul pe care-l vom expune exemplifică cele afirmate.

Obs. 29. — Bolnavul N. I., în vîrstă de 37 de ani, are S.A. care prinde întreaga coloană, articulaţiile coxo-femurale, genunchii şi umerii. Puseurile se repetă continuu, mai ales după apariţia unui psoria-

zis care o dată cu generalizarea lui, agravează şi S.A., visceralizînd-o prin hepatosplenomegalie şi producînd puseuri de hepatonefrită. Bolnavul sucombă mai tîrziu, cu insuficienţă hepato-renală şi uremie.

Psoriazisul exacerbează S.A. Orice puseu psoriazic activează această afecţiune vertebrală, transformînd-o, uneori, într-o formă visceralizată. Hormonoterapia (triamcinolonul) dă ameliorări, însă nu durabile.

Formele uşoare de S.A., asociate cu psoriazis, reacţionează bine la helioterapie şi talasoterapie, care ameliorează ambele afecţiuni, cîteodată vreme îndelungată.

Sindromul Reiter se poate asocia cu S.A. Reiter susţine că o parte din spondilitele anchilopoietice ar apărea în urma sindromului ce-i poartă numele. Leziunile cutanate şi mucoase apar în sindromul Reiter într-o proporţie de 25%, mai ales pe plantă, palmă, penis, scrot, periombilical, perianal şi în jurul unghiilor. Întîi apar macule, care se transformă în papule cu keratoză pronunţată, greu de diferenţiat de psoriazis. Uneori, leziunile cutanate îmbracă forma de erupţii herpetiforme fără keratoză. Procesul patologic din sindromul Reiter are trăsături comune cu sifilisul, forma cutanată, şi cu sindromul Behçet. De obicei, boala afectează în special bărbaţii tineri, dar se poate întîlni şi la bărbaţii peste 60 de ani şi de asemenea la femei (însă mult mai rar). În 1/3 din cazuri, sindromul Reiter este precedat de diaree. Într-o proporţie de 65%, boala rămîne în stadiu de activitate timp îndelungat, cu V.S.H. mărită, cu artralgii şi leziuni ale articulaţiilor sacro-iliace. La acestea se adaugă leziuni oculare (conjunctivite, irite, iridociclite, cheratite) şi articulare (dintre articulaţiile cel mai frecvent atinse amintim : genunchii, gleznele, articulaţiile sacro-iliace, mai rar pumnii şi degetele). Articulaţiile sacro-iliace care se prind în 20—40% din cazuri prezintă leziuni similare cu cele din S.A.

Concomitent cu tratamentul sindromului Reiter trebuie tratată şi S.A.

S-a descris mai rar asocierea S.A. cu sindromul Reiter şi sindromul Behçet.

Sindromul Behçet se manifestă prin ulcere (în gură şi pe organele genitale), tromboflebite, piodermii, artrite, procese infecţioase în muşchi şi în tubul digestiv, uveită, (care frecvent produce orbire). Pînă în prezent nu se cunoaşte nici etiologia, nici terapia acestui sindrom.

Noi am întîlnit acest sindrom şi această asociere gravă ; uveita, într-unul din cazurile noastre, a progresat pînă la orbire.

Eritemul exsudativ multiform se întîlneşte rar în asociere cu S.A. În cazurile întîlnite de noi, apariţia eritemului multiform

a reactivat S.A., fără însă să dea complicații grave. Este necesar totuși ca ambele boli să fie tratate.

Literatura amintește de *asocierea spondilitei anchilopoietică cu sindromul Caplan*, pe care am întîlnit-o și noi ; trebuie însă să notăm că în practica noastră medicală am întîlnit și asocierea *spondilitei anchilopoietice cu fibroza pulmonară*, cu *astmul bronșic* în 4% din cazuri și cu *tuberculoza pulmonară* (în 11% din cazuri). Formele de tuberculoză pulmonară întîlnite de noi au fost cronice. Micșorarea ampliației mișcărilor respiratorii produsă de S.A. a jucat rolul unui adevărat pneumotorax natural. Apariția unei tuberculoze pulmonare cronice, unei fibroze pulmonare sau a unui astm bronșic în S.A. micșorează capacitatea funcțională a plămînului, ea însuși redusă prin afecțiunea de bază. Deci, aceste afecțiuni trebuie socotite ca asocieri importante și tratate, pentru că atît fibroza pulmonară, cît și emfizemul pulmonar și tuberculoza pulmonară predispun mai frecvent pe spondilitici la apariția unei insuficiențe pulmonare-cardiace.

Asocierea dintre S.A. și sarcoidoză, descrisă în literatură, nu a fost întîlnită de noi. Am întîlnit însă apariția unei *bruceloze* în cadrul unei S.A. ; bruceloza a activat afecțiunea primară, transformînd-o dintr-o spondilită pur vertebrală areactivă într-o spondilită anchilozantă periferică visceralizată, însă cu un prognostic relativ bun, cum arată următoarea observație :

Obs. 30. — Bolnavul N. G., în vîrstă de 46 de ani, agricultor, se internează pentru febră, frisoane, transpirații, dureri poliarticulare și rahialgii. Este un vechi spondilitic (cu coloană rigidă), însă care muncește. De 3 săptămîni face o stare febrilă, care îi exacerbează durerile spondilitice, generalizîndu-le în întreg aparatul locomotor. La început am crezut că este vorba de un puseu de S.A., dar tratamentul antispondilitic nu a dat rezultate. Ținînd cont de faptul că bolnavul era agricultor, avea febră cu frisoane, transpirații și dureri articulare, ne-am gîndit și la posibilitatea unei bruceloze ; reacția la melitină pozitivă a confirmat diagnosticul. În urma tratamentului, bolnavul s-a vindecat, rămînînd cu boala de bază, care se găsea de ani de zile stabilizată. Cazul de față trebuie însă urmărit, deoarece atît S.A., cît și bruceloza sînt boli recidivante.

Boala Whipple (care se manifestă prin steatoree, artrită, febră, dureri abdominale) foarte rar se asociază cu S.A. ; după unii, spondilita nu ar fi decît o localizare a bolii Whipple pe coloana vertebrală, avînd o evoluție gravă.

Dintre bolile de colagen am întîlnit *sclerodermia* asociată cu S.A. Este o asociere rară, cu evoluție îndelungată, însă cu prognostic serios.

Întîlnim frecvent S.A., asociată cu manifestări de *poliartroză* și *spondiloză* la persoanele în vîrstă. La spondiliticii cronici, după vîrsta de peste 40 de ani, putem găsi semne radiologice de

spondiloză. Aceste două boli nu se agravează reciproc, dar puseurile din S.A. pot da nevralgiile cervicobrahiale, sciatice, crurale etc.

După experienţa noastră, bolnavii cu S.A., în vîrstă de peste 50 de ani, prezintă o oprire a evoluţiei bolii, o dată cu apariţia semnelor de spondiloză sau poliartroze.

Este cunoscută legătura dintre S.A. şi *boala Scheuermann*.

Spondiliticii cu boala Scheuermann fac cifoză dorsală, dureroasă, precoce. Radioterapia dă aici rezultate bune.

De asemenea, la acromegalicii cu spondiloză Erdheim se poate asocia o S.A., dînd o cifoză tip Bechterew. Această asociere nu prezintă o progresivitate mare şi nici o anchiloză accentuată.

În S.A. pot exista *leziuni cardiace*. Insuficienţa aortică din S.A. este întovărăşită adesea de crize de angor. Tulburările de conductibilitate din S.A. pot merge de la simpla prelungire a intervalului *P-R* pînă la bloc complet. Leziunile anatomopatologice seamănă cu cele din aortita luetică : media este distrusă şi înlocuită cu infiltrate de fibroblaste, limfocite, mononucleare, neutrofile şi mastocite. Cardiopatiile se întîlnesc în S.A. în proporţie de 14% ; din acestea valvulita aortică reprezintă 5,5%. S-a constatat că 5% din bolnavii cu insuficienţă aortică au S.A. Cu cît durata S.A. creşte, cu atît creşte şi incidenţa insuficienţei aortice. În sindromul Reiter şi în S.A. asociate cu colita ulceroasă se întîlneşte frecvent insuficienţă aortică. Pericardita cronică se poate şi ea întîlni în S.A. Layani şi colab. au găsit atingerea clinică radiologică şi electrocardiografică a inimii, mai ales în formele de S.A. forma periferică de lungă durată. Endocardita rămîne permanentă, cu tot tratamentul făcut, pericardita şi tulburările de conducere însă regresează.

În cazurile de S.A. asociată cu leziuni cardiace, noi socotim leziunile cardiace ca fiind expresia unei boli asociate şi nu a unei complicaţii sau a unei localizări viscerale a spondilitei.

Prognosticul în cazurile acestea de S.A. asociată cu leziuni cardiace este mai rezervat, la spondilitici existînd riscul de a face decompensări, chiar mai serioase decît cardiopatiile care nu au legătură cu S.A. ; în plus, din cauza reducerii capacităţii respiratorii, cardiacii spondilitici sînt predispuşi la insuficienţă cardiacă dreaptă.

S.A. poate fi însoţită de *nefropatii* în 3% din cazuri (mai ales glomerulonefrite). Se observă şi pielonefrite, cu sau fără litiaza renală, infecţii colibacilare, mai ales la spondiliticii cu tulburări digestive. Toate acestea sînt boli asociate, care pot

agrava şi complica S.A., motiv pentru care ele trebuie tratate cît mai urgent.

Spondiliticii pot contracta uşor *infecţii pulmonare* (pneumonii, pleurezii), care trebuie tratate cu toată seriozitatea, deoarece la un plămîn, fără ventilaţie normală, o infecţie asociată poate periclita viaţa bolnavului.

Hepatitele se întîlnesc în S.A. într-o proporţie de 13%. Ele sînt boli asociate, care trebuie tratate. S.A. visceralizîndu-se poate da hepatomegalii cu amiloidoză. Amiloidoza în S.A. reprezintă o complicaţie rară, care se traduce din punct de vedere umoral prin hipercolesterolemie, albuminele serice scăzute, proteinurie, cilindrurie, cu o stare generală gravă. Boala vertebrală în aceste forme este evolutivă, iar tratamentul este ineficace.

Rar întîlnim în S.A. ciroză hepatică.

Anemiile în S.A. pot fi boli asociate, sau complicaţii, apărute înainte sau după radioterapie. S.A. îmbracă uneori în evoluţia sa forma anemică ; alteori, anemia este în legătură cu hemoragiile produse de medicaţie (hormoni corticoizi, butazolidină, aspirină) sau cu boala ulceroasă asociată cu S.A.

Leucemiile mieloide se întîlnesc de 20 de ori mai frecvent la bolnavii cu S.A. decît la restul populaţiei. Aceasta s-ar explica prin radioterapia făcută repetat şi în doze mari. Pentru acest motiv se cere prudenţă ori de cîte ori se indică radioterapia în S.A. Unii autori pun frecvenţa sporită a leucemiilor la spondilitici în legătură cu o susceptibilitate specială a organismului acestora şi nu cu radioterapia.

S.A. poate să debuteze cu o *irită*. În timpul evoluţiei, irita poate recidiva, transformîndu-se în iridociclită în 12—44% din cazuri. Uveita se întîlneşte în 24% din cazuri. După Lenoch, complicaţiile oculare în S.A. pot ajunge într-o proporţie pînă la 29%.

Ca alte complicaţii în S.A. putem aminti prezenţa unor *arterite* şi *nevrite,* care sînt în legătură cu boala. Dintre ultimele cele mai frecvente sînt sciatica, nevralgia cervico-brahială, nevralgia obturatorie şi nevralgia intercostală.

O complicaţie mortală în 50% din cazurile de S.A. este *subluxaţia atlanto-axoidiană,* produsă prin traumatism sau prin efort, pe o coloană vertebrală osteoporotică şi cu un disc deteriorat.

Medicul trebuie să cunoască nu numai complicaţiile S.A., dar şi afecţiunile mai frecvent asociate cu ea, ca să acţioneze prompt din punct de vedere terapeutic.

B. Reumatismul degenerativ

(artroze și spondiloze)

Noțiuni generale

Artrozele sau așa-zisul reumatism degenerativ se manifestă clinic mai frecvent după 40 de ani, lezează primitiv cartilajul sau discul intervertebral și apoi întreg aparatul musculo-ligamentar corespunzător. Ele sînt provocate de multiple cauze, externe și interne: statice, traumatice, endocrine, metabolice, vasculare, carențiale, distrofice. După cercetările noastre și stările infecțioase și cele psihice pot contribui la dezvoltarea și activarea artrozelor. Rolul variațiilor meteorologice, ca și al infecțiilor contribuie sigur la declanșarea puseurilor dureroase. Expunerea noastră va cuprinde foarte succint două părți: în partea întîi vom arăta caracterele generale ale artrozelor și spondilozelor, iar în partea a doua ne vom ocupa de reumatismul degenerativ cu complicații și boli asociate.

Artroza cuprinde o serie de manifestări, cu substrat degenerativ, ale țesutului mezenchimal, interesînd de predilecție membrele inferioare (articulațiile de suport). Leziunea are ca punct de plecare cartilajul, apoi prinde osul și mai tîrziu părțile moi. În artroză găsim o manifestare articulară și în același timp și o distrofie generală tisulară, care poate începe din adolescență și evoluează insidios, progresiv, devenind cu timpul o adevărată boală artrozică.

Artroza formează deci un capitol vast, cuprinzînd statistic cam 50% din reumatismele cronice.

Se întîlnește mai frecvent la femei, mai ales la menopauză; aici, rolul principal îl joacă factorul endocrin. Ca factori etiopatogenici ai artrozelor intervin: traumatismele profesionale, tulburările statice, anomaliile congenitale și fenomenele vasculare venoase (importante în etiopatogenia artrozelor piciorului).

Bolii artrozice i se pot descrie trei stadii: stadiul preartrozic, stadiul artrozic propriu-zis și stadiul complicațiilor tardive ale artrozelor.

1. *Stadiul preartrozic* apare la anumite tipuri constituționale (de exemplu, la fete tinere, de statură mică, grase, cu tulburări vasomotorii și circulatorii — acrocianoză sau eritrocianoză). În jurul vîrstei de 30 de ani apar artralgii tranzitorii, cîteodată după o îngrășare bruscă sau după un *stress* (naștere, avort, operație etc.). Grăsimea are distribuție particulară (se depune mai ales pe ceafă, abdomen, șolduri, partea internă a genunchilor și pe fese). Frecvent întîlnim varice la membrele

inferioare ; fragilitatea varicelor explică apariţia spontană a echimozelor. În jurul vîrstei de 40 de ani, artralgiile devin permanente, de obicei la genunchi şi glezne şi sînt întovărăşite de dureri în regiunea lombară şi ceafă. Durerile apar după oboseală şi dispar după repaus. Ele au mai ales caracterul de greutate dureroasă, bolnavul prezentînd incapacitatea de a executa o muncă obositoare, grea ; frecvent, ele se asociază şi cu o stare de depresiune psihică. Clinic şi radiologic nu găsim nimic patologic. Greutatea corporală creşte, însă muşchii devin hipotonici. Boala evoluează cu tulburări statice ; se formează o cifoză cervicală şi o lordoză lombară, cu hipotonia pereţilor abdominali. Ligamentele se relaxează ; apare *genu valgum* şi *genu recurvatum*.

2. *Al doilea stadiu*, de artroză propriu-zisă, apare în jurul vîrstei de 50 de ani, avînd ca localizări genunchii, şoldul şi regiunea lombo-sacrală. Degetele de la mîini sînt, de obicei, şi ele interesate, prezentînd aşa-numiţii noduli Heberden. Radiografia coloanei vertebrale prezintă semne de spondiloză şi discopatie. Greutatea corporală continuă să crească ; apar tulburări statice şi hipertensiune arterială. Durerile dispar în cursul mişcărilor articulare. Neuromialgiile, care însoţesc artroza în acest stadiu, explică prezenţa redorii şi a durerilor din poliartroze. Starea generală a bolnavului nu este atinsă, iar articulaţiile nu prezintă manifestări inflamatoare.

3. *Al treilea stadiu*, al complicaţiilor tardive, se dezvoltă în jurul vîrstei de 60 de ani şi se caracterizează prin apariţia osteoporozei. Bolnavul nu mai creşte în greutate, ci din contra slăbeşte, muşchii se atrofiază, leziunile discurilor şi ligamentelor se accentuează, tulburările statice progresează şi apar deformaţii. Durerile au maximum de intensitate în regiunea lombară şi în bazin. La examenul radiografic observăm un proces de osteoporoză difuză a corpurilor vertebrale, decalcifieri cu mutaţii calcice în cartilajul articular şi în aorta abdominală. Discurile intervertebrale şi spaţiul articular se îngustează, cifoza dorsală se măreşte şi apar complicaţii în aparatul cardio-vascular şi renal.

La bărbaţi, artroza se întîlneşte numai în proporţie de 15%. Ea apare mai tardiv, este mai moderată şi nu dă invalidităţi. La vîrsta de 55—60 de ani apar dureri în genunchi, mijloc şi ceafă. Radiologic, leziunile sînt minime. Trebuie să notăm că la muncitorii manuali întîlnim prinderea frecventă a tendoanelor, muşchilor periarticulari şi retracţia aponevrozei palmare. Diferenţa în funcţie de sex se explică prin aceea că bărbaţii sînt mai viguroşi, cu şoldurile şi abdomenul mare, nu prezintă tulburări statice în aşa măsură ca femeile şi nici nu au fra-

gilitate capilară şi venoasă ; în plus lipsesc hipotonia musculară şi hiperlaxitatea ligamentară.

În producerea artrozelor intervin factori mecanici şi factori distrofici. O importanţă deosebită o prezintă tulburările endocrine şi metabolice ; astfel s-a găsit micşorarea 17-ketosteroizilor în urină, iar la bărbaţi hiperuricemie şi hipercolesterinemie.

Stabilirea diagnosticului este bine să se facă în stadiul preartrozic, deoarece există posibilitatea corijării tulburărilor endocrine şi statice. În acest stadiu, rezultate bune dau fizioterapia şi balneoterapia.

În stadiul activ al artrozelor, durerile fiind destul de accentuate, bolnavul trebuie pus în repaus. Prima indicaţie care se recomandă în artroze este ca bolnavul să scadă în greutate, iar articulaţia bolnavă să fie ajutată prin baston.

Artrozele debutează în general insidios, fie prin dureri şi impotenţă funcţională, fie prin deformări articulare. Durerile apar la mişcări şi dispar la repaus ; ele sînt mai pronunţate dimineaţa, cînd articulaţiile par înţepenite.

Boala se poate manifesta uneori în mod acut sub formă de lumbago sau torticolis ; în acest caz este vorba de un debut aparent acut, leziunea fiind mult mai veche. Apariţia durerilor violente în artroze poate fi explicată în unele cazuri şi prin inclavarea vilozităţilor sinoviale între suprafeţele articulare sau între osteofite şi membrana sinovială.

Mobilitatea articulaţiilor este diminuată, din cauza uzurii cartilajului, a osteofitelor exuberante, a contracturilor musculare sau a durerilor. Uneori însă se poate întîlni o mobilitate mărită, cauzată de hiperlaxitate ligamentară.

Articulaţiile în artroze sînt mărite de volum, fiind uneori chiar deformate din cauza hipertrofiei osoase, a osteofitozei sau a unui manşon grăsos periarticular. Mai rar, ele pot fi micşorate. Mişcările articulare produc crepitaţii sau cracmente, datorite leziunilor cartilajului.

Din punct de vedere radiologic, artroza se caracterizează prin : micşorarea şi neregularitatea spaţiului interarticular (prin alterarea cartilajului) ; hipercondensarea platourilor subcondrale ; osteofitoză marginală ; decalcifiere difuză sau chiar chistică, care la coloana vertebrală realizează uneori o tasare a vertebrelor, dînd aspectul de „vertebre în diabolo". Artrozele cu osteoporoză apar după instalarea menopauzei, după castrare sau după un dezechilibru endocrin asociat cu o carenţă alimentară prin tulburări digestive. Durerile se produc mai ales la mişcări, dînd mai tîrziu iradieri cervico-brahiale sau sciatice sau simulînd afecţiuni coronariene, veziculare şi renale. Ca o conse-

cință a osteoporozei putem întîlni : exagerarea transparenței osoase, fragilitate osoasă și pseudofracturi, tip Milkman. Osteoporoza care însoțește artrozele poate fi produsă de cauze multiple ; printre factorii endocrini se pot cita disfuncții ovariene, paratiroidiene, suprarenale, hipofizare și tiroidiene.

Este de remarcat că osteoporoza este mai frecventă la femei decît la bărbați. Trebuie precizat de asemenea că există o osteoporoză presenilă și una senilă ; în aceste cazuri, în tratament trebuie să ținem cont nu numai de elementul carențial, ci și de cel hormonal.

Este bine să remarcăm că există o strînsă legătură între articulația artrozică și aparatul musculo-ligamentar, ceea ce face ca artrozele aproape totdeauna să se însoțească de neuromialgii și tenosinovite. Tratamentul artrozelor cu neuromialgii este un tratament complex, care trebuie individualizat ținînd cont de agenții etiologici.

În faza preartrozică trebuie evitate și tratate cauzele predispozante : tulburările statice, traumatice, endocrine, metabolice, carențiale, stările infecțioase. De asemenea este necesar să fie evitate șocurile psihice și să fie normalizate condițiile de viață și de muncă. În puseurile dureroase este necesar să recomandăm : salicilat, aspirină, piramidon și uneori fenilbutazonă ; foarte rar putem administra corticoterapie. În artrozele dureroase se utilizează frecvent hidrocortizon intraarticular (1—1,5 ml la interval de 3—4 zile) și extracte de cartilaj și măduvă osoasă (Rumalon). În artrozele cu neuromialgii dau rezultate bune tratamentele fizice : radioterapia, ultrascurtele, ionizările, solux, curenții diadinamici, ultraviolete etc. De asemenea poate fi utilizată cu succes balneoterapia. În artrozele însoțite de neuromialgii recomandăm : masajul, periajul părților dureroase, aplicațiile de parafină și cultura fizică medicală cu reeducarea motorie.

Spondilozele

În cele ce urmează vom expune artrozele coloanei vertebrale, adică spondilozele.

Spondiloza este o boală degenerativă, care se manifestă clinic mai frecvent după 40 de ani, interesînd discul, articulațiile intervertebrale și întreg aparatul musculo-ligamentar corespunzător și fiind provocată de cauze multiple, externe și interne (statice, traumatice, endocrine, carențiale, metabolice, infecțioase și psihice).

Astăzi se pune prea frecvent diagnosticul de spondiloză pe baza micilor excrescenţe osteofitice, descoperite la examenul radiologic, ceea ce aduce o îngrijorare nejustificată a bolnavilor. Osteofitul este expresia deteriorării discului, spondiloza propriu-zisă fiind o fază avansată a acestei boli degenerative a coloanei vertebrale. În spondiloză sînt interesate nu numai articulaţiile disco-vertebrale, ci şi articulaţiile interapofizare, precum şi întregul aparat musculo-ligamentar.

Trebuie să distingem de la început spondiloza anatomică sau radiologică asimptomatică de spondiloza clinică simptomatică. Spondiloza radiologică osteofitozică şi cu pensarea spaţiului intervertebral reprezintă un proces tardiv ireversibil. Radiologic, o spondiloză cu manifestări clinice precoce se manifestă în regiunea lombară prin osteoporoză fină pudroasă şi prin mărirea spaţiului intervertebral, nu micşorarea lui.

Noi numim discopatie stadiul prespondilozic, care trebuie depistat cît mai precoce, deoarece este stadiul incipient al acestei boli.

Într-o lucrare anterioară a noastră, pe 758 de bolnavi cu spondiloză am remarcat că în 2,2% din cazuri, simptomele au apărut sub vîrsta de 20 de ani, iar în 18% între 21 şi 30 de ani. Nava şi Seda din Rio de Janeiro, pe 1 469 de cazuri de spondiloză, au găsit 975 femei şi 494 bărbaţi, cea mai frecventă fiind spondiloza cervicală asociată cu spondiloza lombară. Incidenţa cea mai mare, autorii au întîlnit-o la vîrsta de 41—50 de ani. Cu toate că spondiloza rămîne o afecţiune care se întîlneşte mai rar înainte de 40 de ani, totuşi, după statistica braziliană, se vede o frecvenţă relativ crescută a cazurilor precoce de spondiloză între 17 şi 30 de ani (66 de cazuri din 1 467). Aceasta denotă că trebuie să dăm importanţă durerilor coloanei vertebrale la tineri şi să-i examinăm în mod sistematic, clinic şi radiologic, pentru a ajunge la un diagnostic just, cît mai precoce, deoarece putem întîlni spondiloze şi la vîrste tinere, chiar în afară de boala Scheuermann.

Cauzele care favorizează apariţia spondilozei sînt : 1) hiperfuncţiile regiunii lombare şi cervicale ; 2) poziţiile greşite în munca profesională ; 3) insuficienţa musculo-ligamentară a coloanei vertebrale ; 4) obezitatea asociată cu oboseala, care pot da dureri în coloana vertebrală, mai ales cînd individul stă timp îndelungat într-o poziţie nefiziologică. Traumatismele, anomaliile congenitale, tulburările statice, obezitatea, hiperlordoza, hiperlaxitatea ligamentară şi relaxarea chingii abdominale pot favoriza apariţia unei discopatii, stadiul precoce al spondilozei.

O cauză favorizantă frecventă a discopatiilor lombare o reprezintă relaxarea chingii abdominale care apare după sarcină

la femei şi după distensiile abdominale din colitele atone, mai ales la bărbaţii obezi. Întărirea muşchilor abdominali prin gimnastică este cel mai bun tratament preventiv în durerile lombare de natură discopatică.

În statistica noastră am găsit o relaţie strînsă între natura muncii, condiţiile de muncă şi frecvenţa spondilozei. Danişevski arată că mai importante decît munca sînt condiţiile de muncă. În privinţa factorilor profesionali care mijlocesc apariţia bolii este greu de precizat cît revine traumatismului direct sau indirect, atitudinii profesionale, condiţiilor de mediu (umezeală, schimbări bruşte de temperatură) etc. Nu putem să vorbim de o spondiloză profesională, dar putem vorbi de frecvenţa spondilozelor la anumite profesiuni, prin noxele care predispun la spondiloză, transformînd-o dintr-o formă radiologică într-una clinică. De exemplu, poziţiile statice vicioase, eforturile în poziţii nefiziologice, contracturile violente, traumatismele favorizate de diferite profesiuni sînt cauze care pot transforma o spondiloză radiologică într-una clinică. Din cazurile studiate de noi reiese că la femei condiţiile profesionale au un rol mai mic în etiopatogenia spondilozelor. Organismul feminin prezintă momente endogene suficiente, capabile să declanşeze apariţia simptomelor de spondiloză, fără să mai fie necesară intervenţia unor factori din afară. După unii autori, procesul iniţial ar fi în disc şi numai secundar ar apărea procesul mecanic şi de uzură. De aici rezultă că modificările degenerative ale coloanei vertebrale nu pot fi puse numai pe seama traumatismelor profesionale, ci trebuie legate de modificările întregului ţesut mezenchimal al organismului. În ceea ce priveşte transformarea unei spondiloze radiologice (latente) într-una clinică, din observaţiile noastre reiese că o cauză care exteriorizează spondiloza o constituie infecţiile. Într-o lucrare publicată anterior am găsit în antecedentele bolnavilor de spondiloză în 96% din cazuri infecţii ; tot atît de frecvent am observat că după infecţii, spondilozele devin dureroase. Acestea acţionează mai ales prin alteraţiile aparatului musculo-ligamentar, produse pe cale infecto-alergică. La bolnavii noştri am găsit în antecedente artralgii în 36% din cazuri, artrite în 19% şi mialgii în 36% din cazuri. Tot din studiul nostru reiese importanţa factorului psihic în apariţia simptomelor clinice de spondiloză, acţionînd fie sub forma unui şoc puternic psihic, fie ca o încordare psihică continuă. La bolnavii noştri am mai găsit tulburări neuro-vegetative : insomnii, transpiraţii, cefalee etc. În ceea ce priveşte simptomele precoce din spondiloză amintim că durerile vertebrale, care dispar după activitatea zilnică, pledează pentru un proces degenerativ al coloanei vertebrale. De asemenea, durerile care dispar noaptea

şi se măresc după activitatea zilnică pledează pentru o spondiloză, provocată prin tulburări statice. După 30 de ani, discul îşi pierde elasticitatea, se deshidratează, se subţiază, nucleul devine fibro-cartilaginos şi cu timpul degenerează. Ca o consecinţă a acestora pot rezulta : 1) protruzie discală ; 2) hernie nucleară şi 3) osteofitoză. Deci, pentru a se produce o hernie discală trebuie în prealabil să existe o alterare a discului. Poate exista însă o degenerescenţă discală fără protruzie inelară ; totuşi, uneori, spondiloza poate începe cu hernie nucleară.

În *spondiloza cervicală,* ca simptome clinice precoce putem aminti : rigiditatea dureroasă a cefei, cracmente şi contractură musculară, manifestări de origine nervoasă radiculară sau simpatică (plexita cervico-brahială, periatrita scapulo-humerală, simpatalgii cervico-brahiale, tulburări vasomotorii şi sindromul umăr-mînă). După unii autori, spondiloza cervicală ar fi cauza sindromului scapulo-cervico-humeral, care înglobează periartrita scapulo-humerală, brahialgia şi migrena cervicală. Noi am întîlnit frecvent astenie nervoasă asociată cu spondiloză cervicală ; în majoritatea cazurilor noastre, debutul a fost prin spondiloză cervicală şi numai secundar a apărut nevroza astenică, ca o accentuare a tulburărilor neuro-vegetative din spondiloza cervicală. Uneori, spondiloza cervicală se manifestă prin dureri la nivelul cefei şi printr-o redoare dureroasă a gîtului ; durerile sînt mai accentuate dimineaţa la deşteptare sau spre seară, după oboseala din cursul zilei. Apăsarea pe cap dă dureri vii (semnul Spurling) sau apăsarea pe părţile laterale ale gîtului, între apofizele transverse, dă dureri vii iradiate (semnul Stoia).

Din punct de vedere radiologic, în spondiloza cervicală incipientă, nu osteofitoza este principalul simptom, ci osteoporoza pudroasă fină, pe care am întîlnit-o totdeauna. Unul dintre noi a prezentat această observaţie împreună cu I. Bîrzu la Congresul de reumatologie de la Piestany. Osteofitul este un semn tardiv de spondiloză ; el pare să fie o reacţie a organismului, cu scopul de a sprijini discul bolnav. Se formează în spaţiul interdisco-ligamentar, printr-un proces osteogenetic local. A doua reacţie de susţinere şi apărare a discului deteriorat ar fi contracţia musculară din regiunea discului lezat, care ar explica pînă la un punct fenomenele dureroase provocate prin spasme şi hipoxie. În afară de osteoporoza pudroasă, fină, pe care o întîlnim mai ales în spondiloza iniţială, un alt semn radiologic precoce pe care îl întîlnim în regiunea lombară este mărirea spaţiului intervertebral.

Adeseori, o spondiloză cervicală iniţială se poate manifesta clinic, numai printr-o nevralgie cervico-brahială.

Toată literatura de specialitate insistă asupra rolului important, pe care îl joacă spondiloza cervicală ca prim simptom în declanşarea manifestărilor vasomotorii şi simpatice în teritoriul



Fig. 15. — Spondiloză cu spondilolistezis cervical.

cranio-facial, în teritoriul membrelor superioare şi în geneza mielopatiilor.

Printre manifestările reflexe, la distanţă, ale spondilozelor cervicale amintim: periartritele scapulo-humerale, sindroamele algodistrofice, manifestări pseudoanginoase etc.

Sînt cunoscute: falsa angină pectorală, angor-cervico-artroza, precum şi sindroamele precordialgice, pseudostenocardice, datorite spondilozei cervicale.

Spondilozele cervicale pot provoca uneori manifestări disfagice, faringiene sau esofagiene.

În studiul nostru efectuat pe un număr de 929 de spondiloze, 155 au prezentat o localizare cervicală, cu manifestări clinice evidente. Spondiloza cervicală am găsit-o asociată cu: periartrita scapulo-humerală, sindromul umăr-mînă, plexite cervico-brahiale, torticolis spastic, nevralgia frenicului, retracţia aponevrozei palmare, accese pseudoanginoase, sindrom Gutzeit, precum şi cu sindromul algohemialgic descris de unul dintre noi. Sindromul Gutzeit din spondiloza cervicală, produs de osteofitele anterioare, se poate manifesta clinic prin tulburări vegetative, hipertensiune arterială, tulburări spastice şi nervoase.

Spondiloza dorsală cu manifestări clinice este mai rară şi se traduce mai ales prin nevralgii intercostale, simulînd uneori boli cardiace sau digestive. Nu trebuie să uităm că în unele cazuri se poate asocia cu insuficienţa coronariană. O formă specială de spondiloză dorsală este boala Scheuermann, care începe la copii înainte de 10 ani, fără dureri şi rigiditate ; găsim însă vertebre cuneiforme, mai ales între D_1 şi D_9. Între 10 şi 18 ani apare tendinţa la o cifoză fixată şi în 20% din cazuri dureri uşoare ; în acest stadiu se întîlnesc şi noduli Schmorl, iar regiunea dorso-lombară devine rigidă.

Spondiloza lombară se manifestă cel mai frecvent printr-un sindrom radicular inferior. Ea generează lombalgii, lombosciatice, meralgie parestezică, nevralgii crurale şi de obturator. Crizele repetate de lumbago sau de lombosciatică, cu ameliorare temporară, pledează pentru o discopatie.

Simptomatologia afecţiunilor degenerative ale coloanei lombare a fost precizată în numeroase lucrări. În primul stadiu din spondiloza lombară, favorizat de tulburările statice din perioada prespondilozică, se întîlnesc dureri la mers. Mult mai tîrziu apare atrofia discală, musculară şi fibro-ligamentară ; osteoporoza pudroasă se întîlneşte în stadiul precoce al spondilozei lombare. Un alt semn iniţial al spodilozei lombare este lărgirea spaţiului intervertebral prin presiunea nucleului pulpos ; în felul acesta apar vertebrele în „diabolo". Durerile vagi de spate pot fi provocate şi de calcificarea nucleului pulpos sau inelului fibros, care traduc o discopatie şi constituie debutul unei spondiloze.

Discopatia calcifiantă, cu localizare dorso-lombară, se întîlneşte mai frecvent între 40 şi 60 de ani. Anomaliile corpurilor vertebrale (lombalizări, sacralizări) la tineri rămîn timp îndelungat latente şi nu devin dureroase decît atunci cînd lezează discurile intervertebrale, adică atunci cînd apare starea prespondilozică.

O formă particulară, puţin cunoscută a degenerescenţei discale, este discopatia consecutivă unei puncţii lombare.

Din cele de mai sus se poate deduce că orice dezechilibru funcţional dă modificări în structura discului, care fac ca acesta

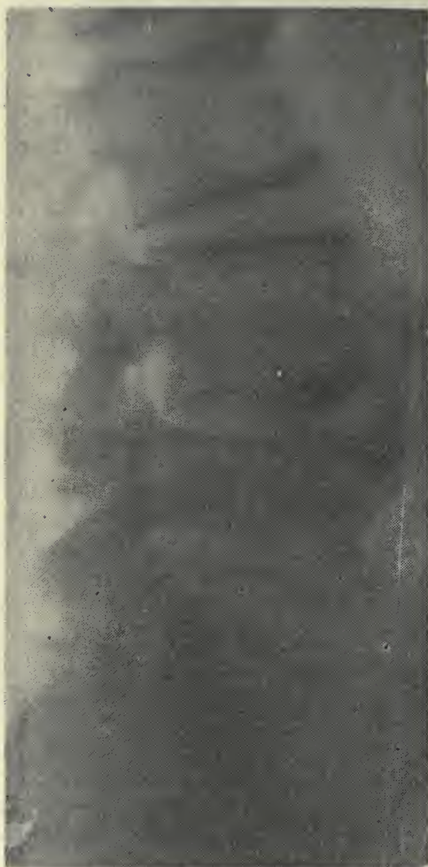


Fig. 16. — Spondiloză lombară cu osteofit gigant.



Fig. 17. — Spondiloză lombară cu dezaxare.

să-şi piardă calităţile sale de amortizor. Schmorl, Calvet şi Galard au arătat că discurile intervertebrale prezintă leziuni de senescenţă, începînd încă de la vîrsta de 20—25 de ani, explicate prin acţiunea unor factori diverşi, enzimatici şi hormonali şi prin modificarea echilibrului acido-bazic. Din cauza scăderii elasticităţii discului şi a friabilităţii lui se pot produce rupturi

ale plăcilor cartilaginoase superioare sau inferioare ale corpurilor vertebrale, iar nucleul pulpos devine dur, pătrunde în spongioasa corpului vertebral, formînd hernii intraspongioase sau noduli Schmorl.



Fig. 18. — Noduli Schmorl la nivelul coloanei lombare.

Leziunea inițială în spondiloză constă deci în alterarea degenerativă a discului intervertebral, determinînd o serie de modificări locale, chimice și histologice.

În afară de factorii endocrini și metabolici, infecțioși și psihici care favorizează și accentuează simptomele precoce de spondiloză mai cităm : sacralizarea, lombalizarea, spina bifida,

anomalii de curbură ale coloanei vertebrale, fracturi ale membrelor inferioare vicios consolidate, *genu varum, genu valgum*, adică toate tulburările statice ale coloanei vertebrale şi ale membrelor inferioare.

În concluzie se poate spune :

1. Spondiloza nu este o boală locală a coloanei vertebrale, ci interesează întreg ţesutul mezenchimal, fiind produsă de cauze multiple, externe şi interne. Trebuie să accentuăm că noi facem o deosebire netă între spondiloza radiologică osteofitică şi spondiloza clinică cu semne distincte radiologice.

2. Stadiul prespondilozic este o realitate, iar diagnosticul precoce trebuie pus în acest stadiu cînd rezultatele terapeutice sînt cele mai favorabile.

Deci stadiul discopatic pentru noi este stadiul prespondilozic, care trebuie diagnosticat cît mai precoce, deoarece rezultatele unei terapii complexe sînt foarte favorabile.

Noi înţelegem prin diagnostic precoce diagnosticul de spondiloză clinică care are simptome reversibile.

3. În afară de factorii endocrini, metabolici, vasculari şi statici, infecţiile şi tulburările nervoase — după constatările noastre — joacă un rol important în transformarea unei spondiloze radiologice într-una clinică.

4. Este util să cunoaştem cauzele care determină şi exteriorizează o spondiloză, pentru a le evita şi să facem un tratament în stadiul prespondilozic.

5. Am denumit stadiul precoce ale spondilozei — stadiul discopatic — întîi pentru că leziunea iniţială într-o spondiloză îşi are originea în disc şi al doilea cu scopul să micşorăm sfera spondilozelor care dă atîtea griji exagerate bolnavilor şi produce atîtea cheltuieli prin radiografii inutile.

Artrozele aparatului locomotor

Trecînd la *artrozele aparatului locomotor* vom spune cîteva cuvinte despre artrozele membrelor inferioare.

Dintre artrozele periferice amintim în primul rînd *coxartrozele,* care sînt cele mai invalidizante. Apariţia lor este favorizată de prezenţa unor luxaţii congenitale, traumatisme, displazii congenitale, protruzii acetabulare, osteonecroze primitive ale capului femural, precum şi de modificările osoase legate de vîrstă. Nu vom insista asupra simptomatologiei coxozelor ; amintim doar că au un debut insidios, cu dureri discrete, uneori mai

accentuate, în regiunea inghinală, care iradiază în genunchi şi se accentuează la ridicarea în picioare.

Persoanele cu artroză coxo-femurală nu pot încrucişa coapsele, nu pot sta picior peste picior, nu pot să-şi încalţe pantofii. Flexarea coapsei pe bazin este păstrată, abducţia însă este limitată.

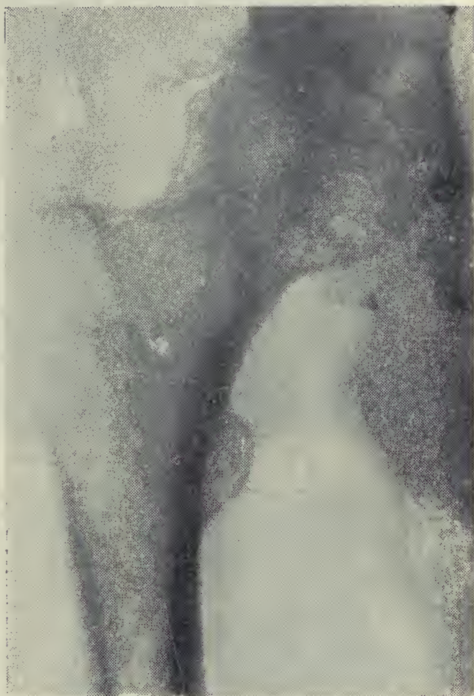


Fig. 19. — Coxoză cu pericoxoză.

Diagnosticul diferenţial se face cu : coxita gonococică, coxita prin infecţie de focar, coxalgia, spondilita anchilopoietică, cu fracturile colului femural, nevralgia sciatică, pe care o găsim uneori asociată cu o coxoză, nevralgia cruralului şi neuromialgiile coapsei.

Tratamentul de bază al coxozelor este radioterapia, termoterapia, electroterapia şi balneoterapia. Kineziterapia cotidiană la domiciliu şi kineziterapia în piscine termale dau rezultate bune. Fenilbutazona şi hidrocortizonul dau rezultate favorabile uneori.

Artrozele genunchiului pot fi împărţite în artroze traumatice şi artroze de menopauză. Ele se manifestă prin dureri discrete, mai ales la pornire, limitarea mişcărilor, stare generală bună şi leziuni radiologice caracteristice.

Cînd gonartroza interesează o singură articulaţie, diagnosticul diferenţial se face cu : tumoarea albă, la tineri ; pseudotumoarea sifilitică ; osteosarcomul ; artropatia hemofilică ; hidartroza intermitentă ; gonalgia din coxoza după coxalgie.

Dacă artroza cuprinde ambii genunchi, diagnosticul diferenţial se face cu : artritele din P.C.E. ; hidartroza dublă sifilitică ; artropatiile sifilitice. Gonartroza predomină la sexul feminin, mai ales între 40 şi 70 de ani. În geneza gonartrozelor trebuie

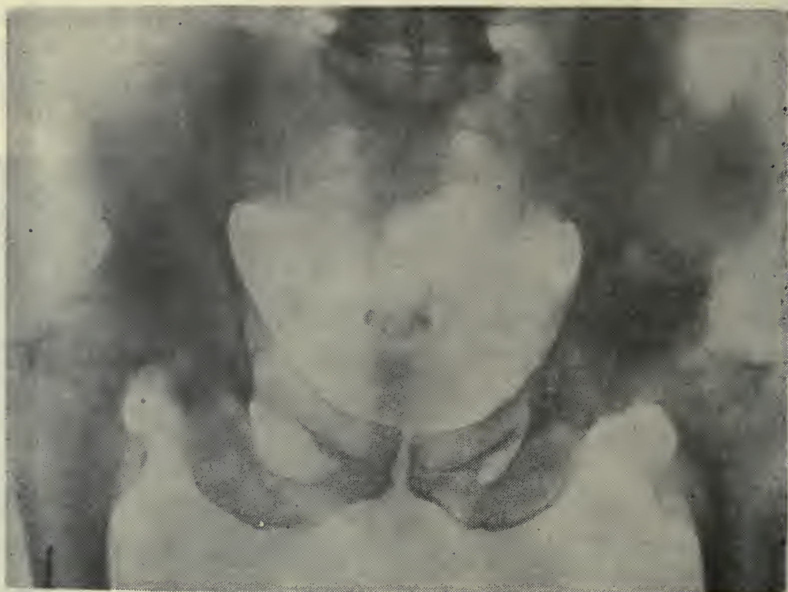


Fig. 20. — Coxoză dublă supero-externă.

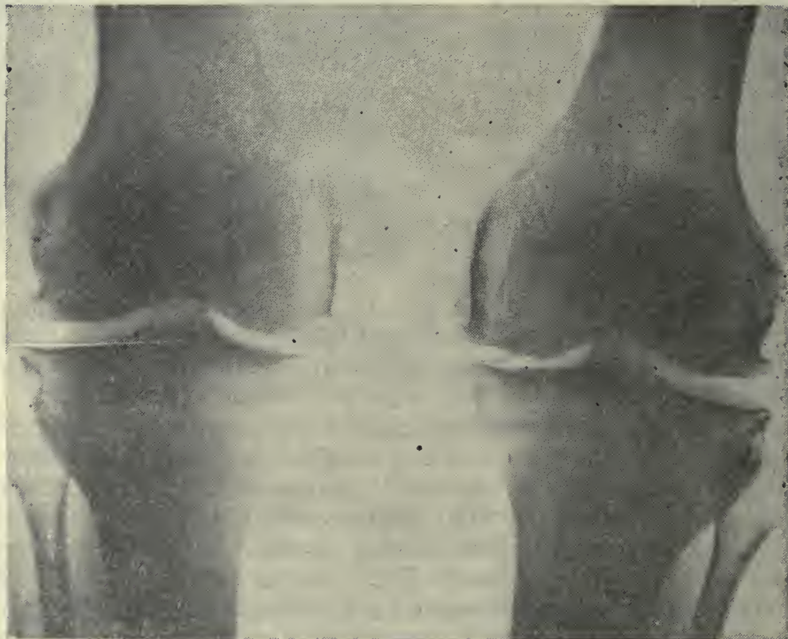


Fig. 21. — Gonartroză.

să dăm importanță traumatismelor, dezechilibrului static și tulburărilor circulatorii.

Hidartroza constituie o complicație frecventă în gonartroză. Rolul degenerescenței meniscale în geneza gonartrozei este important ; atingerea meniscală precede cu mult înainte atroza genunchiului. Trebuie să amintim că în gonartroză, calcificarea meniscului intern constituie un semn precoce, iar prezența unui exsudat în această afecțiune impune diagnosticul diferențial și cu chistul popliteu.

Tratamentul gonartrozei este reprezentat de fizio-, balneo- și radioterapia. Injecțiile intraarticulare cu hidrocortizon constituie o terapie eficace.

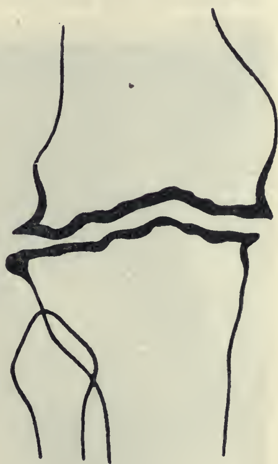


Fig. 22. — Artroza genunchiului (oseofite, condensare subchondrală, îngustarea și neregularitatea spațiului intercostal, ușoară subluxație).

La *atrozele piciorului* vom aminti în primul rînd artrozele tibio-tarsiene sau subastragaliene, favorizate de fracturile astragalului și calcaneului, de entorsele tibio-tarsiene și de obezitate. Ele se manifestă prin dureri la mers, tumefacții lateromaleolare, flexiunea și extensia limitate și semne radiologice de atroză cu deformații.

Artrozele medio-tarsiene, apărute la bolnavii care au prezentat microtraumatisme, fracturi, șocuri sau care au picioare plate se traduc prin dureri medio-tarsiene, limitarea mișcărilor și semne radiologice.

Artrozele tarso-metatarsiene sînt mai frecvente la femei cu tulburări statice (picior plat, valg, scobit). Ca simptome amintim tumefacția dureroasă a feței dorsale a piciorului la marginea internă ; la examenul radiologic se remarcă prezența osteofitelor la primul și al doilea cuneiform.

Artroza metatarso-falangiană a haluxului *(halux valgus)* apare la oameni în vîrstă, mai frecvent la femei ; este în 50% din cazuri bilaterală și provoacă dureri în mers.

Toate aceste artroze formează ceea ce numim piciorul artrozic. Osteoartropatiile piciorului de origine siringomielică, ca și acropatia ulceromutilantă fac parte tot din artroze. De asemenea, boala Ledderhose sau aponevrozita plantară, analogă bolii Dupuytren la mînă, se poate asocia cu artrozele piciorului.

Tratamentul preventiv constă în corectarea tulburărilor statice (picior plat, ecvin, valg etc.), radioterapie, ultrascurte şi purtarea ghetelor ortopedice.

Artrozele membrelor superioare sînt mult mai rare. Amintim printre acestea artrozele mîinilor cu nodulii Heberden şi Bouchard la nivelul degetelor (prezenţi mai frecvent la femei

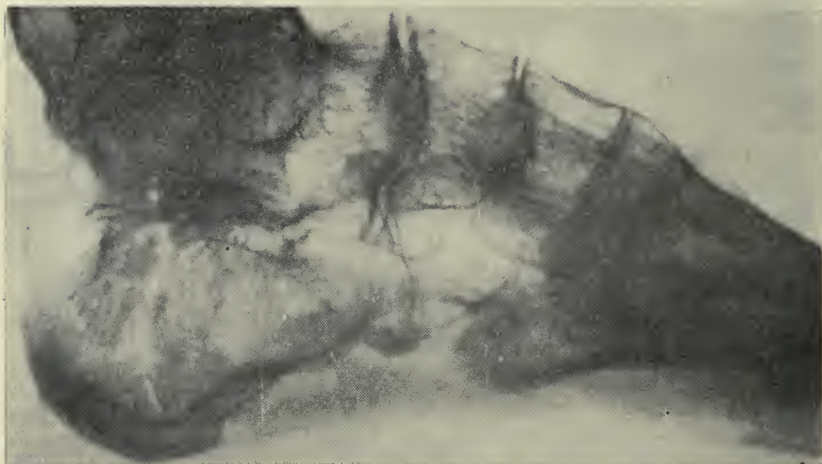


Fig. 23. — Artroza piciorului.

decît la bărbaţi) şi rizartroza policelului, care interesează articulaţia trapezo-metacarpiană şi trapezo-scafoidiană.

Artrozele cotului reprezintă 5% din afecţiunile cotului. Apar la bărbaţi, mai ales la cei care lucrează cu perforatoare în mine şi la cei care perforează pavajele. Durerea este discretă în repaus ; în extensie apar furnicături şi amorţeli în teritoriul nervilor radial, cubital sau median. Cîteodată, cotul ia forma globuloasă. Tratamentul de bază constă în radioterapie, ultrasunete şi injecţii intraarticulare cu hidrocortizon.

Dintre *artrozele umărului* notăm artroza acromio-claviculară ; de asemenea trebuie să ştim că artroza umărului este foarte frecventă în siringomielie. *Artroza sterno-claviculară* se însoţeşte de o hipertrofie a extremităţii sterno-claviculare. Tratamentul de elecţie este reprezentat de injecţiile locale cu hidrocortizon.

Sindromul Tietze sau artroza condro-sternală dureroasă se localizează la nivelul primelor trei coaste, în regiunea condro-

costală ; apare mai ales la gutoşi, îmbrăcînd formele acută şi cronică.

Artroza temporo-maxilară este rară. În această afecţiune, injecţiile periarticulare cu novocaină şi intraarticulare cu hidrocortizon dau rezultate bune.

Reumatismul de menopauză nu este decît o activare clinică a poliartrozelor, însoţită de tulburări neuro-vegetative. De asemenea, sindromul trofostatic, care apare în timpul sau după menopauză şi care se manifestă clinic prin dureri în bazin şi lordoză, nu este decît expresia artrozelor centurii pelviene însoţite de osteoporoză accentuată.



Am expus succint cîteva caractere clinice şi cîteva noţiuni de conduită terapeutică ale bolii artrozice, care trebuie considerată ca o boală a întregului organism, avînd o evoluţie lent progresivă. Pentru a avea cele mai bune rezultate terapeutice este important un diagnostic precoce.



Fig. 24. — Rizartroza policelui.

Reumatismul degenerativ (artroze şi spondiloze), bolile asociate şi complicaţiile

Vom căuta, în cele ce urmează, să privim reumatismul degenerativ aşa cum îl întîlnim în practica noastră medicală, în diferitele lui faze, cu complicaţiile lui şi cu bolile care i se pot asocia.

Tratamentul devine operant într-o spondiloză sau o artroză, dacă vom trata şi complicaţiile care pot surveni, ca şi bolile ce se pot asocia.

Spondiloza cervico-dorsală se poate asocia şi complica cu periartrita scapulo-humerală, nevralgia cervico-brahială, nevralgia Arnold, sindromul umăr-mînă, boala Dupuytren, siringomielia, astenia nervoasă, sclerodermia, sindromul Raynaud, angina de piept, coronarita, herpes zoster, acromegalia, boala Paget, tendinita, bursita, epicondilita.

Spondiloza lombară se poate asocia şi complica cu sciatica, nevralgia crurală, nevralgia obturatorului, meralgia parestezică, afecţiunile gastro-intestinale, hepatice, renale, sindromul Sudeck, diabetul, eczema.

Poliartrozele se pot asocia şi complica cu neuromialgii, boli sanguine (hemofilia), psoriazisul, guta, sindromul varicos, psihopatii, boala Dupuytren şi Ledderhose, insuficienţa coronariană, infarctul miocardic, arterioscleroza, aortita, hipertensiunea arterială, tabesul dorsal, diabetul, boala Bouillaud-Sokolski, P.C.E., S.A., reumatismul secundar, bolile endocrine (insuficienţa gonadică, tiroidiană, hipofizară, pluriglandulară), nefropatii (pionefrite, glomerulonefrite, sindrom nefrotic) şi bolile de colagen.

Nu toate bolile asociate sau complicaţiile expuse mai sus se întîlnesc la un singur bolnav.

Între spondiloze şi artroze nu există o separaţie ; frecvent, la acelaşi bolnav, găsim şi spondiloze şi poliartroze, deoarece amîndouă sînt boli degenerative, care pot ataca întregul aparat locomotor. Complicaţiile, ca şi unele din bolile asociate au legături strînse cu boala de bază. Noi le-am individualizat ca să atragem atenţia medicului să le trateze. De exemplu, dacă avem o artroză a genunchiului sau a articulaţiei coxo-femurale nu este suficient să facem numai tratamentul artrozei respective, ci trebuie să tratăm şi obezitatea, tulburările endocrine, tulburările metabolice (hiperuricemia şi hipercolesterolemia), astenia nervoasă, hipertensiunea arterială, aortita, angina de piept, ateroscleroza, sindromul varicos, diabetul etc., boli asociate cu reumatismul degenerativ. De asemenea, o artroză asociată cu boala Paget sau o artroză la un hemofilic, la un tabetic sau siringomielic trebuie supusă unui tratament complex, ţinînd cont de toate afecţiunile de care suferă bolnavul.

Vom exemplifica cele expuse anterior, prin prezentarea unor observaţii de monoartroze, poliartroze şi spondiloze însoţite de complicaţii şi boli asociate.

Artroze

Artroza cocso-femurală

Obs. 31. — Bolnavul C. B., în vîrstă de 41 de ani, vine la consultaţii pentru dureri în regiunea lombară, fesa dreaptă şi întreg membrul inferior drept. Este un bolnav obez, care şchioapătă la mers. La

examenul obiectiv se constată hipertensiune arterială, varice, infecţii de focar dentare, prostată hipertrofiată, hepatomegalie (ficatul întrece cu 2 laturi de deget falsele coaste, pe linia medio-claviculară), abdomen balonat. Notăm de asemenea că bolnavul este etilic şi diabetic. A fost tratat timp îndelungat de sciatică, dar fără rezultate.

Examenul clinic şi radiologic al aparatului locomotor a decelat o spondiloză lombară cu sciatică dreaptă nevritică radiculară şi o artroză coxo-femurală dreaptă. Am tratat sciatica prin radioterapie (400 r, în 4 şedinţe în regiunea lombară dreaptă) ; artroza coxo-femurală tot prin radioterapie (300 r, în 3 şedinţe în regiunea posterioară coxo-femurală şi 3 şedinţe a cîte 100 r la 2 zile, în regiunea latero-externă). Bolnavul a fost pus la un regim de slăbire, antidiabetic, antigutos, ţinînd cont de tulburările hepato-digestive. Cum nu am găsit o insuficienţă renală am dat bolnavului pentru deshidratare Nefrix (2 tablete/zi, o dată pe săptămînă). Am pus bolnavul în repaus relativ şi i-am indicat să utilizeze la mers bastonul.

În cazul de faţă am precizat că, în afară de sciatică şi spondiloză, a existat şi o artroză coxo-femurală, pe care am tratat-o. Rezultatele terapeutice bune în cazul de faţă s-au datorit şi tratamentului bolilor asociate : diabetului, obezităţii, hiperuricemiei, hipercolesterolemiei şi infecţiilor de focar (dinţi, prostată). Bolnavului i-a scăzut tensiunea arterială, s-au ameliorat tulburările digestive şi hepatice printr-un regim adecvat. Nefrixul ne-a ajutat să scădem şi tensiunea arterială, să micşorăm ficatul şi să accelerăm tratamentul obezităţii.

Din punct de vedere articular şi sciatic, după tratamentul nostru, bolnavul se simte bine. Nu mai are dureri decît la oboseală şi cînd porneşte, iar impotenţa funcţională s-a redus mult.

Frecvent întîlnim sciatica provocată de spondiloză, în asociere cu coxoza. De multe ori se poate confunda o sciatică cu coxoza. Diagnosticul de coxoză s-a pus pe baza următoarelor elemente : mersul şchiopătînd şi săltînd ; durerile, care nu erau numai pe traiectul sciaticului, dar iradiau şi pe partea antero-externă a coapsei pînă la genunchi; limitarea abducţiei şi rotaţiei externe ; flexiunea incompletă a coapsei pe bazin ; bolnavul nu putea să-şi încalţe pantoful drept (semnul pantofului). Toate acestea conjugate cu datele examenului radiografic al articulaţiei coxo-femurale (osteofite la marginea externă a acetabului, pensarea spaţiului articular şi hipercalcificare subcondrală) ne-au permis fixarea diagnosticului de coxoză supero-externă. Nu am putut exclude sciatica, deoarece bolnavul avea dureri şi pe traiectul sciaticului drept, avînd şi o spondiloză lombară.

Coxozele pot să fie : 1) de natură congenitală (luxaţii congenitale, displazii simple) ; 2) coxartroze secundare unei protruzii acetabulare, unei *coxa plana* sau *coxa vara ;* 3) coxoze posttraumatice ; 4) coxoze secundare unei osteocondroze disecante ; 5) coxoze la oameni în vîrstă. Adesea, coxoza se însoţeşte şi de boala Paget, boala Perthes şi König (osteocondrita disecantă).

Displazia simplă este forma cea mai uşoară dintre luxaţiile congenitale, care în 25% din cazuri este responsabilă de coxoză. Există destul de frecvent şi coxoze primare, în care nu se pot decela nici malformaţii congenitale, nici distrofii, nici alte cauze. Coxozele trebuie diagnosticate la început. Foarte important este să tratăm preventiv malformaţiile congenitale (displazia simplă

sau subluxația congenitală), pentru ca ele să nu evolueze spre o coxoză dureroasă, invalidizantă. În coxoza dureroasă și invalidizantă la adult, unde coloana lombară și genunchii sînt normali, se indică artrodeza, care nu este posibilă decît în cazuri unilaterale.

Coxoza cu protruzie acetabulară este puțin dureroasă și evolutivă ; aici tratamentul aplicat (hidrocortizon local, kineziterapie, cure balneare și medicație antalgică) dă rezultate bune.

Repausul asociat cu kineziterapia în coxoze este un tratament valoros ; o bună kineziterapie este și mersul pe bicicletă.

Ca medicamente antalgice utilizăm aspirina și uneori fenilbutazona ; în dureri mari introducem intraarticular 25 mg hidrocortizon săptămînal.

Uneori găsim coxoze cu simptome radiologice discrete, iar alte ori găsim radiologic simptome evidente și cu un tablou clinic minim.

Este important să precizăm diagnosticul de coxoză, pentru că nu toate durerile în articulația coxo-femurală sînt coxoze. Sînt dureri ale șoldului, ale căror localizări sînt paraarticulare, simulînd un șold dureros. Amintim : osteomalacia cu fracturi sau pseudofracturi tip Looser-Milkmann, care la femei în vîrstă seamănă cu o coxoză bilaterală gravă.

Periartrita șoldului poate să simuleze o coxoză ; aici, abducția este normală, însă dureroasă. Radiografia ne clarifică.

De asemenea, trohanterita tuberculoasă a marelui trohanter și metastazele femurale pot să dea un sindrom dureros al șoldului. Aici, durerile sînt violente și în repaus, pe cînd bolnavii cu coxoză nu sufăr în repaus.

Artritele șoldului (coxitele) fie de natură tuberculoasă (coxalgiile), fie reumatismală (P.C.E. și S.A.) pot, în faza areactivă, să simuleze o coxoză. Orice coxită cronică se vindecă, transformîndu-se radiologic într-o coxoză ; clinic se deosebește prin faptul că în artritele cronice nu avem flexiunea coapsei pe bazin, pe cînd în coxoză există, însă limitată.

Traumatismele prin necroza capului femural pot conduce la coxoză ; de asemenea, osteocondrita juvenilă a șoldului (boala Perthes), osteocondrita disecantă, boala scafandrierilor pot să ajungă în evoluția lor la coxoză.

În tratament trebuie ținut cont de stadiul coxozei, de starea bolnavului, de complicațiile și de bolile asociate.

Ca tratament, în afară de radio- și radiumterapie, se indică termo- și balneoterapia, iar în cazul cînd piciorul este scurtat se face egalizarea piciorului prin mărirea tocului. Se indică de asemenea purtatul bastonului, slăbirea și reducerea activității fizice.

Atroza genunchiului (gonartroza)

Obs. 32. — Bolnava I. D., în vîrstă de 52 de ani, obeză, casnică, vine pentru dureri la ambii genunchi, cu impotență parțială, oboseală, eczemă localizată la membrele inferioare și la coate, hipertensiune arterială, varice ale membrelor inferioare, constipație. Suferă de infecții colibacilare, mai ales la puseuri de constipație. La examenul clinic și de laborator se constată : tensiunea arterială 22/11 cmHg, aortită cronică, hiperuricemie (0,72 g‰), colesterolemia 3,20 g‰. La examenul local, genunchii apar măriți de volum cu manșon gros, sensibili la presiune, mai ales pe fața antero-internă ; durerile iradiază de-a lungul tibiei și pe coapsă. În rest, bolnava se plînge de neuromialgii trecătoare și uneori de lumbago. Boala s-a accentuat după menopauză, iar durerile s-au intensificat periodic, mai ales la frig, la oboseală, la constipație și după puseurile colibacilare. Eczema dispare și apare mai ales iarna. I s-au făcut tratamente locale : ultrascurte, radioterapie și balneoterapie, dar bolnava suferă continuu. V.S.H. 23/45 mm. Examenul radiologic arată semne nete de artroză (osteofite femuro-patelare și femuro-tibiale, pensarea neregulată a spațiului interarticular, hipercondensare subcondrală și osteoporoză chistică).

Este vorba de o artroză dublă a genunchilor, forma Weissenbach-Françon, la o femeie obeză, cu neuromialgii supra- și subiacente articulațiilor și care prezintă în același timp hiperuricemie, hipercolesterolemie, infecție colibacilară, aortită cronică, hipertensiune arterială și sindrom varicos. Cu toate că i s-au făcut ultrascurte, radioterapie, balneoterapie, infiltrații locale cu novocaină, bolnava nu s-a ameliorat.

Sîntem în fața unui caz, în care un tratament local, deși corect, nu a ameliorat starea bolnavei. Noi am luat în considerație și tratamentul bolilor asociate : am recomandat o dietă hipocalorică menită să combată în același timp hiperuricemia și hipercolesterolemia, am tratat constipația și infecția colibacilară, am pus bolnava la repaus, cu picioarele pe perne, deoarece avea varice. Am administrat aspirină 1,5 g/24 de ore și Nefrix (2 tablete/zi, de 2 ori pe săptămînă). În plus am indicat un masaj ușor periarticular zilnic.

După 2 săptămîni, bolnava fiind ameliorată, i-am permis mersul, întîi cu cîrje, apoi cu bastonul. Ameliorarea a progresat treptat în timpul tratamentului general. Nu am indicat termoterapia, pentru a nu congestiona varicele ; am contraindicat balneoterapia. Am recomandat după 3 luni radioterapia (400 r în doze fracționate pe fiecare genunchi) și purtarea ciorapilor elastici pentru varice.

Revăzută după 6 luni, bolnava a slăbit 10 kg, se simte bine, acuzînd doar ușoare dureri la pornire.

Cazul de față nu are nevoie de diagnostic diferențial. El arată net forma lipartrozică dublă, la o persoană obeză cu boli asociate multiple.

Gonartroza poate să fie de origine traumatică, statică, endocrină, vasculară etc.

Ca forme clinice ale gonartrozei notăm : forma lipartrozică ; artroza uscată și dureroasă (descrisă de Michotte), în care mișcarea de extensie în articulația genunchiului este limitată, astfel încît gamba se găsește, în permanență, în ușoară flexiune pe coapsă ; hidartroza, puțin dureroasă, care apare mai ales după traumatism la bărbați.

Din punct de vedere radiologic remarcăm în stadiile inițiale pensarea liniei femuro-rotuliene și prezența de osteofite în partea superioară și inferioară a rotulei. În stadiile mai tardive apar osteofite localizate la nivelul articulației femuro-tibiale.

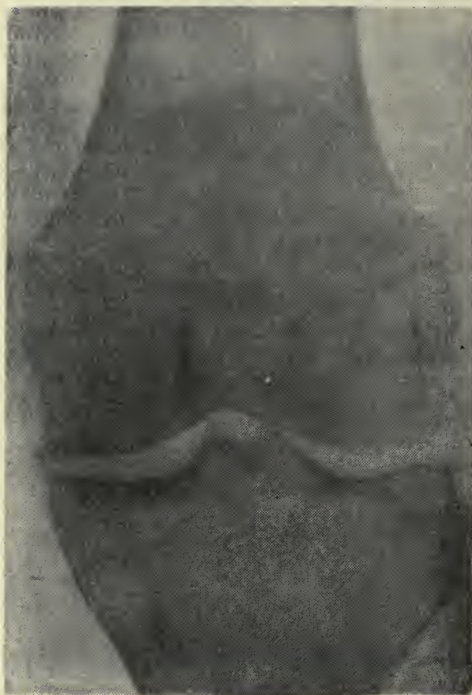


Fig. 25. — Boala Pellegrini-Stieda.

Cînd gonartroza este bilaterală, diagnosticul diferențial se face cu artritele genunchiului din P.C.E., din S.A. și cu artropatiile duble sifilitice.

Cînd gonartroza este unilaterală, diagnosticul diferențial trebuie făcut cu artrita gonococică, artrita tuberculoasă, artrita traumatică, osteocondrita disecantă a genunchiului, tumorile cu mieloplaxe, artropatia tabetică, monoartrita genunchiului din P.C.E. și S.A. a genunchiului, osteocondromatoza, genunchiul pagetic, tendinitele labei de gîscă și apofizita tibială anterioară (boală Osgood-Schlatter), sindromul algodistrofic posttraumatic tip Sudeck-Leriche, artropatia psoriazică a genunchiului și peritendinita genunchiului (boala Peregrini-Stieda).

La bărbații tineri, o artroză cu hidartroză trebuie să ne facă să ne gîndim la o artropatie hemofilică a genunchiului, deoarece genunchiul este articulația cea mai frecvent atinsă în hemofilie. Aici avem însă o hemartroză, care recidivează, distrugînd articulația. Artropatia hemofilică seamănă clinic cu o hidartroză și radiologic cu artroza gravă, invalidizantă a genunchiului. Cartilajul se subțiază, apar zone de osteoscleroză, epifizele se deformează, se turtesc, se formează geode, iar periostul se îngroașă.

Osteocondrita disecantă a genunchiului este o necroză fragmentară osteocartilaginoasă a condilului intern, care cu timpul

poate să se izoleze complet de articulație. Bolnavul se plînge de dureri în mers, uneori prezintă puseuri de hidartroză. Cu timpul, genunchiul se blochează. Radiografia confirmă diagnosticul, descoperind și sechestrul intraarticular.

Apofizita tibială anterioară sau boala Osgood-Schlatter apare mai ales la adolescenți și se caracterizează prin dureri și tumefacția tuberozității anterioare a tibiei, care se vede fragmentată pe clișeul radiografic.

Osteocondromatoza genunchiului este o afecțiune care apare ca urmare a calcificării franjurilor intraarticulare ; dă dureri și blocări, luînd înfățișarea de artroză gravă a genunchiului.

Sindromul algodistrofic posttraumatic, descris de Sudeck și Leriche, se caracterizează prin dureri, asociate cu tulburări vasomotrii și trofice periatriculare, însoțite de osteoporoză tigrată și impotență funcțională parțială.

Artropatia gutoasă cronică a genunchiului este o localizare destul de frecventă a gutei ; tofii gutoși se localizează pe fața anterioară a genunchiului. La nivelul genunchiului întîlnim osteofite. Genunchiul gutos este un genunchi artrozic, cu tendință la osificări la nivelul inserțiilor rotuliene ale tendonului cvadricepsului, asociate cu mici lacune osoase.

Guta articulară acută se poate manifesta și prin prezența de lichid în articulația genunchiului, însă aici semnele radiologice lipsesc. Diagnosticul se pune pe prezența crizelor dureroase în antecedente, localizate la nivelul halucelui, pe prezența litiazei urinare, pe antecedente ereditare gutoase, pe existența unei hiperuricemii, pe bruschețea debutului nocturn, pe aspectul inflamat al genunchiului cu dilatație venoasă și evoluția regresivă în cîteva zile spre normal.

După unii autori, artroza nu este o boală, ci o manifestare nedureroasă a îmbătrînirii. Artriticii sînt bolnavi cu articulațiile inflamate, artrozicii sînt oameni sănătoși cu articulațiile uzate. Durerile sînt produse prin complicații, de obicei de natură mecanică, și apar cînd articulația genunchiului s-a decompensat. Cauzele decompensării sînt obezitatea, *genu valgus*, *genu varus*, relaxarea ligamentelor etc. În artroza primară a genunchiului sînt prinse capsula și ligamentele articulare, ceea ce explică producerea durerilor. Sinoviala este atinsă numai tardiv. Degenerescența cartilajului există precoce, dar nu provoacă dureri.

Este o deosebire între artroza anatomică sau radiologică, care este foarte frecventă, și artroza clinică, care devine dureroasă și produce impotența intermitentă. Cauzele transformării unei gonartroze radiologice într-una clinică sînt multiple : hiperfuncția articulară, tulburările endocrine, infecțiile de focar și cele generale, hiperuricemia, hipercolesterolemia, traumatis-

mele, frigul, umezeala, stările carențiale și condițiile de viață și de muncă nocive.

Slăbirea este o indicație terapeutică importantă în gonartroză. În caz de dureri recomandăm repaus, infiltrații locale cu novocaină și hidrocortizon, radioterapie, ultrascurte, infraroșii, împachetări cu parafină, ionizări cu histamină, ultrasunete. Masajul și faradizările dau rezultate bune, mai ales în atrofia cvadricepsului, care se întîlnește aproape regulat în gonartroză și care netratată poate da impotență funcțională permanentă. Masajul se recomandă numai după ce au trecut durerile și edemul. Exercițiile în articulația genunchiului atrozic nu trebuie să producă dureri.

În gonartroză nu se recomandă nici repaus complet, dar nici exerciții obositoare. Ca tratament antialgic se dă aspirină și fenilbutazonă.

Toate tratamentele rămîn însă ineficace, dacă nu tratăm concomitent și bolile asociate.

Artrozele piciorului

Obs. 33. — Bolnava A. I., în vîrstă de 64 de ani, acuză dureri în picioare și dispnee de efort. Este o obeză cu varice, tulburări circulatorii și hipertensiune arterială.

Examenul obiectiv decelează o bronșită cronică cu emfizem, concomitent cu aortită cronică, hipertensiune arterială (23/12 cmHg), abdomen mare, balant, țesut adipos, mai ales în regiunea abdominală, pe fese și pe extremitățile inferioare, varice ale membrelor inferioare, edeme dure ale gambelor, edeme perimaleolare și pe planta piciorului, picioare plate, cu *halux valgus* și degete în ciocan bilateral. Regiunea plantară este sensibilă la mers și la palpare. Examenele de laborator arată colesterolemia 2,8 g‰, acidul uric în sînge 0,08 g‰. Examenul radiologic evidențiază semnele unor artroze tarso-metatarsiene și un proces de periostoză de-a lungul tibiei.

În cazul de față este vorba de o artroză a articulațiilor tibiotarsiene, metatarso-falangiene și tarso-metatarsiene cu *halux valgus* și degete în ciocan, picior plat, sindrom varicos, plantalgii prin tulburări circulatorii, aortită cronică, bronșită cronică, emfizem, hipertensiune arterială, obezitate, hiperuricemie.

În afară de aceasta, bolnava suferă de edeme dure la gambe (produse de tulburările circulatorii prin varice).

Deci este vorba nu numai de artrozele picioarelor, complicate cu tulburări circulatorii și de edem indurativ prin stază venoasă, dar și de o serie de boli asociate ca obezitatea, bronșita cronică, emfizemul și hipertensiunea arterială.

Conduita noastră terapeutică a fost următoarea: tratament radioterapic (600 r în total, 100 r/ședință, la 2 zile), repaus la pat în decubit dorsal, cu picioarele ridicate pe perne, antibioterapie (pentru combaterea bronșitei), regim declorurat și hipoazotat, Nefrix la 3 zile, piramidon la durere și sedative seara la culcare.

Dacă ne-am fi limitat numai la tratamentul propriu-zis al artrozelor, adică radioterapie și antialgice, nu am fi obținut nici un rezul-

tat, deoarece artrozele în cazul de față sînt activate prin insuficiența venoasă, cronică, care apare mai ales la femei în menopauză, cu varice ; așa se explică plantalgiile difuze, însoțite de arsuri și neliniștea nocturnă în picioare. În cazul de față este contraindicat orice tratament termoterapic, care ar mări staza venoasă.

Tratamentul hipertensiunii arteriale, al varicelor, al edemelor și al infecțiilor bronșice a influențat direct sau indirect și durerile plantare. Durerile în gambă se explică prin edemul cronic produs de staza venoasă, care a iritat și periostul, dînd periostozele gambei observate la radiografie.

Din cazul nostru și din considerațiile făcute reiese, evident, că nu este suficient să facem un diagnostic de artroză ; trebuie să investigăm întregul organism, ca să ne dăm seama de cauza care a activat această artroză, adică să ne dăm seama de complicațiile și bolile asociate.

Un factor esențial în apariția artrozelor de la picioare îl constituie piciorul plat, produs și prin greutatea corporală (obezitate).

Diagnosticul de artroză tibio-tarsiană se pune pe baza durerilor la mers în articulațiile tibio-tarsiene, pe baza tumefacției lateromaleolare, pe baza limitării mișcărilor în articulație și pe baza semnelor radiologice de artroză tibio-tarsiană (osteofite marginale, pensarea spațiului interarticular și calcificarea subcondrală).

Anumite dureri plantare localizate sînt produse de tumori benigne sau maligne nervoase, vasculare sau sinoviale. Prin explorare chirurgicală se poate descoperi un sarcom sinovial sau un nevrom plantar. Uneori, durerile pot fi produse de epifizita capului celui de al doilea metatarsian (boala Köhler), de o scafoidită tarsiană (boala Köhler-Mouchet), de o tumoare osoasă sau de o osteoartrită tuberculoasă.

Picioarele plate cu artroze fixe pot surveni și în P.C.E. și artrita gonococică cronică ; picioarele ecvine se întîlnesc frecvent ca sechele după o poliomielită.

Arteritele duble din boala Bürger, pe care le întîlnim la bărbații mai tineri, și arteritele diabetice sau arterio-sclerotice pot fi cauza durerilor plantare cu iradieri în membrele inferioare.

Piciorul dureros poate să fie produs de cauze multiple. Astfel, el poate apărea în cazul piciorului plat, al piciorului plat-valg, al piciorului ecvin.

Există însă și piciorul dureros de origine inflamatoare, produs de artrite gonococice, streptococice sau piciorul dureros din P.C.E., S.A. etc.

Piciorul artrozic se poate asocia cu guta, dînd piciorul gutos ; artrozele piciorului sînt activate de tulburările circulatorii arteriale din diabet, dînd piciorul diabetic.

Pintenul calcanean posterior şi tendinitele achiliene sînt cauza talalgiilor. Uneori, durerile plantare pot fi date şi de aponevrozita retractilă plantară sau boala Ledderhose similară cu boala Dupuytren la mîini.

Artrozele membrelor superioare sînt mult mai rare, deoarece articulaţiile membrelor superioare nu sînt articulaţii de suport, ci articulaţii de tracţiune şi la nivelul lor apar mai mult periartrite, tendinite, epicondilite, bursite, tenosinovite etc.

Artrozele mîinilor (nodulii Heberden, Bouchard, rizartroza şi artroza pumnului)

Obs. 34. — Bolnava P. R., în vîrstă de 52 de ani, consultă pentru dureri în mîini şi senzaţia de rigiditate matinală a lor. Se plînge în acelaşi timp de dureri în ceafă şi în braţe şi de valuri de căldură. În antecedente a suferit de colecistită calculoasă fiind operată ; a avut un fibrom uterin, pentru care s-a operat acum 10 ani, rămînînd cu tulburări neuro-vegetative accentuate. Examinată, la nivelul mîinilor se constată noduli Heberden laterali la articulaţiile interfalangiene distale, mai ales la degetele mediu şi index ; nodozităţile se găsesc pe faţa dorsală şi laterală a articulaţiei ; sînt dure, de consistenţă osoasă, pielea este roşie, subţiată şi sensibilă la atingere. Falangeta este în uşoară flexiune. Bolnava afirmă „că-i iese foc din mîini", dar mai ales se teme ca nodozităţile să nu-i deformeze degetele. Nodozităţile devin dureroase mai ales iarna la frig, cînd are o senzaţie de arsuri şi furnicături în degete. La radiografie găsim osteofite posterioare la marginea falangetei. Articulaţia interfalangiană proximală este îngroşată în mod circular şi puţin dureroasă. Articulaţia degetului mare este deformată la rădăcină, este dureroasă, iar durerile se exacerbează prin mişcările policelui, fapt pentru care bolnava nu utilizează acest deget. Prin mobilizarea articulaţiei trapezo-metacarpiene se produc dureri şi se percep cracmente la nivelul interliniei articulare. La radiografie se remarcă o pensare a articulaţiei trapezo-trapezoidă şi semnele unei artroze trapezo-metacarpiene cu subluxaţia în afară a primului metacarpian, ceea ce face ca policele să îmbrace forma literei Z. De altfel şi articulaţia pumnului prezintă osteofite fine, iar mişcările sînt uşor limitate, nedureroase. Diagnosticul clinic şi radiologic este : noduli Heberden şi Bouchard, rizartroză dublă, artroză discretă a oaselor carpului, cu tulburări circulatorii la degete, aortită cronică, hipertensiune arterială, neuromialgii difuze, constipaţie, obezitate, tulburări neuro-vegetative uşoare, hiperuricemie (0,60 g‰) şi hipercolesterolemie (3,50 g‰). Notăm că V.S.H. este normală.

În cazul de faţă, în afară de artrozele mîinilor, bolnava are tulburări circulatorii şi neuro-vegetative, aortită şi hipertensiune arterială, constipaţie şi obezitate ; toate acestea sînt boli asociate. Ca tratament am administrat : local, băi alternante, 4 minute în apă la 30°, 30 de secunde în apă la 20°, repetînd procedura timp de 10—15 minute. S-a recomandat evitarea frigului sau căldura excesivă la degete. La nivelul nodulilor dureroşi şi inflamaţi am indicat infiltraţii cu hidrocortizon 0,5 ml, la 4 zile. Pentru bolile asociate am recomandat regim de slăbire, care să combată în acelaşi timp şi hipercolesterolemia, Stelofilin, Extraveral (pentru tulburările vasculare şi nervoase). Am indicat de asemenea mişcări active, masaj, plimbări fără oboseală.

Tratamentul nostru, local şi general, a influenţat favorabil toate bolile asociate. Doar rizartroza sau artroza trapezo-metacarpiană au rămas încă sensibile, cu tot tratamentul aplicat, fiind necesar să intervenim şi prin 6 şedinţe de radioterapie (50 r/şedinţă, la 2 zile).

Artrozele degetelor şi mîinilor se dezvoltă mai frecvent la femei, după 50 de ani ; apar în legătură cu menopauza. La bărbaţi sînt mai rare şi sînt în legătură cu microtraumatismele mîinilor. La femei, nodulii Heberden au un caracter familial şi ereditar. Multe dintre persoanele cu noduli Heberden nu suferă de dureri, dar au teamă de un reumatism deformant. Noi trebuie să le asigurăm că nu este vorba de P.C.E., iar nodozităţile nu se vor mai mări, şi că totul este în legătură cu menopauza.

Rizartroza policelui este însoţită adesea de dureri la baza degetului mare, dînd cîteodată impotenţă funcţională. În forma dureroasă, tratamentul constă în administrarea de hidrocortizon local ; în forma cronică se recomandă radioterapia. Uneori, nodulii Heberden se asociază cu tofii gutoşi, care sînt aşezaţi în jurul articulaţiilor degetelor, devenind cîteodată voluminoşi ; ei se localizează pe articulaţia interfalangiană distală şi se aseamănă cu nodulii Heberden. Uneori se pot inflama, simulînd un panariţiu. Radiografia, antecedentele gutoase şi hiperuricemia ne uşurează fixarea diagnosticului.

Deformaţiile degetelor se întîlnesc şi în reumatismele inflamatoare : P.C.E., reumatismul psoriazic, S.A. forma scandinavică, reumatismul Bouillaud-Sokolski forma dislocantă.

În P.C.E., degetele sînt fuziforme, iar la radiografie găsim distrucţii ; cînd afecţiunea este veche, ea poate prezenta şi leziuni de artroze ale degetelor.

În reumatismul psoriazic, atingerea mîinilor poate să prezinte clinic şi radiologic un aspect asemănător cu artrozele şi cu P.C.E. Examenul unghiilor descoperă însă leziuni caracteristice de psoriazis, iar în formele avansate găsim tulburări trofice grave şi chiar distrucţii mutilante, mîna îmbrăcînd aspectul scleroatrofic.

În reumatismul Bouillaud-Sokolski forma dislocantă întîlnim o hiperlaxitate ligamentară, cu uşoare deformări ; boala nu dă invaliditate.

La nivelul mîinii se mai pot întîlni boala Dupuytren (retracţia aponevrozei palmare) şi degetul în resort. În degetul în resort extensia degetului este împiedicată printr-o rezistenţă datorită unui nodul pe tendonul extensorului, mai ales la nivelul articulaţiei metacarpo-falangiene ; acest nodul împiedică mişcările tendonului în teaca fibroasă. Afecţiunea se asociază cu nodulii Heberden şi se tratează cu hidrocortizon local sau operaţie.

Diagnosticul diferențial al artrozelor mîinii se mai face și cu mîna din sindromul algodistrofic asociat frecvent cu periartrita umărului, despre care vom vorbi mai tîrziu.

Mai amintim mîna acromegalică, cu hipertrofia extremităților și cu deformarea mîinii și mîna din osteoartropatia hipertrofică pneumică, în care degetele sînt hipertrofiate, realizînd degete de tambur și hipocratismul digital. La radiografie întîlnim, pe lîngă osteofite, și o periostoză în jurul metacarpului și falangelor.

Găsim deformări ale mîinilor și în pahidermoperiostoza familială, boala condroamelor multiple, acondroplazia și arahnodactilia, despre care vom vorbi mai tîrziu.

Artroza cotului

Obs. 35. — Bolnavul S. L., în vîrstă de 43 de ani, acuză dureri în cot, mai ales la mișcări, furnicături și dureri iradiate de-a lungul nervilor radial, cubital și median. La examenul obiectiv, cotul este hipertrofiat, cu mobilitatea redusă. Bolnavul afirmă că a avut un traumatism: a căzut pe cot cu cîțiva ani înainte, dar durerile au trecut. De 1 an simte din nou dureri, mai ales la mișcări, pe traiectul nervilor și în antebraț. La radiografie observăm pensarea interliniei humero-cubitale, condensare subcondrală și osteofitoză humerală, radială și cubitală. Bolnavul este voinic, prezentînd în plus hipertensiune arterială (18/10 cm Hg) și bronșită tabagică. I se pune diagnosticul de artroza cotului. Se indică radioterapie, hidrocortizon intraarticular la 4 zile, Stelofilin, regim hipoazotat (bolnavul are hiperuricemie), suprimarea tutunului.

În cazul de față, în afară de tratamentul artrozei prin radioterapie și hidrocortizon, am tratat și hiperuricemia, tendința la obezitate și hipertensiunea prin regim, tratament medicamentos și indicația de a se suprima tutunul.

Artrozele cotului se dezvoltă frecvent în urma microtraumatismelor profesionale, mai ales la mineri, care lucrează cu perforatoare pneumatice, sau la cei care perforează pavajul străzilor cu ciocane perforatoare.

În afară de artrozele microtraumatice profesionale există și artrozele cotului de origine traumatică, survenite după căderea pe cot. Acestea se caracterizează prin marele interval de latență, care separă traumatismul de apariția primelor simptome clinice de artroză.

Artroza cotului se mai poate întîlni în boala Morquio sau condrodisplazia spondiloepifizară. Atingerea coatelor se găsește asociată cu artrozele coxo-femurale, spondilozele, nodulii Heberden etc.

Cea mai frecventă artroză profesională rămîne însă cea provocată de trepidațiile și microtraumatismele repetate ale ciocanelor pneumatice, întîlnite mai ales la curățătorii de lingouri

din turnătorii şi la nituitorii din fabricile de locomotive. Este artroza hiperostozantă a cotului, însoţită de parestezii, tulburări circulatorii şi de sensibilitate dureroasă.

Artroza cotului se poate confunda cu osteoartrita tuberculoasă a cotului puţin evolutivă ; de altfel şi o tuberculoză a cotului vindecată lasă o artroză. P.C.E. atinge frecvent cotul, dînd anchiloza lui parţială sau totală, care se confundă cu artroza cotului.

Epicondilita, bursita şi higroma cotului pot să se asocieze cu artroza cotului sau să evolueze separat.

Cotul este un loc de elecţie pentru tofusul gutos, care se localizează pe olecran, la inserţia tendonului tricepsului. Tofusul se poate confunda cu nodulii reumatici. La radiografie găsim imagini geodice în interiorul olecranului şi calcificări tendinoase periarticulare.

Osteocondrita disecantă a cotului nu este rară. Se observă un fragment osteocartilaginos, care cu timpul se separă de articulaţie, devenind un corp străin. În felul acesta pot lua naştere hidartroza şi blocajul articulaţiei.

Cotul, genunchiul şi glezna sînt articulaţiile cele mai frecvent atinse de hemartroza hemofilică, dînd distrucţii osteocartilaginoase, cu geode, decalcificări şi condensări osoase.

Siringomielia, ale cărei leziuni interesează măduva cervicală, dă mai ales artropatii la umăr şi cot. Radiografia dă imaginea de artroză a cotului (cotul prezintă osteofite şi hipertrofii osoase accentuate).

Putem întîlni asociată artroza cotului cu osteomul posttraumatic al muşchiului brahial anterior, care este o consecinţă a unui traumatism sau a unei luxaţii a cotului. Osteomul brahial anterior, vizibil la radiografie, uneori poate să blocheze mişcările de flexiune a cotului şi, în acest caz, el trebuie operat.

La persoanele nervoase şi agitate putem să întîlnim anchiloze bilaterale ale cotului, care prezintă la radiografii osificări capsulare şi pericapsulare ; este vorba de paraosteopatii calcifiante, posttraumatice ale cotului, produse prin eforturi musculare violente în raport cu boala nervoasă.

Uneori observăm pronaţia dureroasă a cotului la copii mici ; aceştia, din cauza durerii produse de mişcarea de pronaţie, refuză să utilizeze mîna bolnavă. Afecţiunea este consecinţa unei subluxaţii înainte a capului radial.

Rar găsim tumori ale cotului. Singura tumoare frecventă la cot este osteocondroza sinovială, caracterizată printr-o proliferare intraarticulară osteocartilaginoasă, care duce la formare de corpi osteocartilaginoşi liberi în cavitate. Boala reprezintă un

proces degenerativ artrozic ; de altfel, osteocondromatoza este adeseori asociată cu artroza cotului.

Artroza umărului

Este rară, reprezentînd cam 2% din afecţiunile umărului. Ea apare uneori în cadrul poliartrozelor, concomitent cu artroza acromio-claviculară (care este mai frecventă), artroza sterno-claviculară sau (mai rar) cu artroza condro-sternală, ca în cazul pe care îl prezentăm în observaţia 36.

Obs. 36. — Bolnavul V. I., în vîrstă de 64 de ani, se internează pentru dureri în umeri, mai accentuate în stînga, cu iradieri în spate, spre regiunea cervicală, vîrful omoplatului, în regiunea supra- şi subclaviculară şi limitarea mişcărilor umerilor. Durerile apar după oboseală, eforturi şi frig. Tensiunea arterială 18/11 cmHg. Bolnavul se plînge de tulburări nervoase, insomnii. Boala a debutat insidios, cu dureri precordiale, cu iradieri supraclaviculare, în umeri şi braţe. Examenele de laborator : urina normală, colesterolemia 0,32 g%, uricemia 0,072 g‰. Bolnavul considerînd că suferă de inimă a consultat o serie de cardiologi, care însă au contestat orice afecţiune cardio-vasculară, în afara hipertensiunii arteriale. Examenul radiologic ne arată semne de artroză a umerilor (subţierea liniei interarticulare şi osteofite în formă de picătură, în partea inferioară a capului humeral). Radiografia evidenţiază de asemenea o artroză acromio-claviculară, o artroză sterno-claviculară (articulaţia sterno-claviculară este hipertrofiată şi sensibilă) şi artroze condrosternale la primele trei coaste (boala Tietze). Deci este vorba de o artroză scapulo-humerală, o artroză acromio-claviculară, o artroză sterno-claviculară şi artroze condrocostale asociate cu hiperuricemie, hipercolesterolemie şi hipertensiune arterială. I-am indicat bolnavului radioterapie (75 r/şedinţă, 6 şedinţe de fiecare umăr), infiltraţii cu xilină în articulaţiile condrocostale şi ionizări cu clorură de calciu pe articulaţiile sterno-costale (12 şedinţe), Stelofilin, regim hipoazotat şi antialgice. Bolnavul s-a ameliorat mult. Tratamentul nostru în cazul de faţă a fost, în afară de cel al artrozelor, şi un tratament contra hipertensiunii arteriale şi un regim antigutos. Am descris cazul de faţă pentru că : însumează multiple artroze de vecinătate ; simulează o angină pectorală cu o insuficienţă coronariană cronică ; pentru a preciza conduita terapeutică în cazurile similare (tratamentul bolii de bază, plus tratamentul bolilor asociate).

Clinic, omartroza se prezintă ca o periartrită scapulo-humerală, cu dureri în umăr, mai ales la mişcări, şi cu redoare. Cîteodată, redoarea domină tabloul clinic, durerile fiind minime sau lipsind ; alteori, din contra, durerile sînt pe primul plan, mişcările fiind păstrate. Artroza umărului apare la oameni în vîrstă, după traumatisme şi microtraumatisme. Ea poate însă să apară şi la bolnavii cu condrodisplazia epifizară familială şi ereditară (boala Morquio). De multe ori, această artroză apare după necroza osoasă de origine ischemică (boala scafandrierilor) sau după osteocondrita disecantă.

Artroza umărului se poate confunda cu periartrita scapulo-humerală cronică, tuberculoza umărului, umărul gutos (crize gutoase în antecedente), artropatia siringomielică a umărului (cu termoanalgezie).

Tuberculoza umărului poate îmbrăca două forme : osteoartrita fungoasă, adevărată tumoare albă a umărului cu leziuni distructive ; caria Volkmann, cu leziuni atrofice, scleroase şi retractile, care apare mai ales la bătrîni, simulînd o artroză. Radiografia ne clarifică diagnosticul.

Artropatia siringomielică a umărului dă de obicei procese osteolitice.

Cînd durerea şi impotenţa interesează ambii umeri putem face diagnosticul diferenţial cu : P.C.E. cu prinderea umerilor, care apare în 57% din cazuri. Aici durerile sînt continui, V.S.H. este mărită şi există şi alte semne de P.C.E. ; spondilita anchilozantă tip Strümpel-Pierre-Marie ; aici însă, pe lîngă alte semne de S.A., radiografia ne clarifică diagnosticul ; pseudopoliartrita rizomelică, care ca şi artrozele umerilor, apare la oameni în vîrstă ; în acest caz însă, în afară de umăr, sînt prinse şi centura pelviană şi coloana vertebrală, iar V.S.H. este mărită şi uneori există stare subfebrilă.

Cea mai frecventă boală a umărului este periartrita scapulo-humerală, care poate fi şi unilaterală, dar poate îmbrăca forma de „umăr dureros", fiind bilaterală.

Poliartrozele

Manifestările anatomice şi radiologice ale poliartrozelor sînt frecvente după 50 de ani. Boala evoluează din punct de vedere clinic, cu faze de linişte şi faze de activitate, manifestate prin dureri şi impotenţă funcţională parţială ; durerile în poliartroze sînt mai accentuate la mers, la frig şi după oboseală.

Rar, poliartrozele sînt simple. De cele mai multe ori sînt asociate cu neuromialgii. De multe ori, neuromialgiile apar cu mulţi ani înaintea poliartrozelor, manifestîndu-se prin dureri acute sau cronice, interesînd toţi muşchii, dar mai ales anumite regiuni (regiunea lombară, membrele, ceafa). Neuromialgiile sau fibrozitele parţiale sînt produse de cauze locale, statice sau profesionale. Neuromialgiile generalizate sînt produse de cauze interne (hormonale, infecţioase, nervoase, metabolice, vasculare). Neuromialgiile, care însoţesc frecvent poliartrozele, se caracterizează prin două simptome principale : durerea şi redoarea musculară. Există o legătură strînsă între poliartroze şi neuromialgii, după cum există o legătură strînsă între articulaţie şi aparatul musculo-ligamentar supra- şi subiacent articulaţiei. Poliartrozele nu interesează numai articulaţiile, ci şi tendoanele, muşchii şi

chiar țesutul subcutanat. Practic, cînd dor articulațiile, doare tot aparatul musculo-ligamentar. Aceasta a făcut pe unii autori să afirme că poliartrozele se însoțesc de tendomioze, tendinoze și paniculoze, care au aceeași leziune histologică ca și artrozele, adică degenerescența. Încă de acum 10 ani noi am arătat, în publicațiile noastre, că poliartroza este o boală generală, interesînd întreg organismul, evoluînd cu faze de acalmie și de exacerbare și fiind produsă de cauze externe și interne. Cauzele externe care activează poliartrozele sînt : infecțiile, traumatismele, modificările atmosferice, tulburările metabolice, condițiile de viață (locuință, alimentație, îmbrăcăminte), condițiile de muncă etc. Cele mai frecvente cauze interne, care activează artrozele sînt : tulburările endocrine, nervoase, sexul și vîrsta. Dovada faptului că poliartrozele sînt boli generale ne-o oferă și examenele biologice, care pun frecvent în evidență o hiperuricemie, o hipercolesterolemie, o hiperoxalemie și uneori chiar o hiperglicemie. Este sigur că la baza artrozelor există și o componentă ereditară ; mulți autori, printre care și R. Stecher, au dovedit că nodulii Heberden sînt în legătură cu ereditatea.

Poliartroza este o boală benignă, ceea ce a făcut pe unii autori să afirme, așa cum am mai arătat, că un poliartrozic este un individ sănătos cu articulațiile uzate. Atîta timp cît poliartrozele nu se asociază cu alte boli agravante au un prognostic bun.

Poliartrozele se pot asocia cu reumatismul gutos, cu infecțiile de focar, infecțiile catarale, cu reumatismul inflamator (B.-S., P.C.E., S.A., reumatismul secundar).

Poliartrozele se complică cu insuficiența ovariană, tiroidiană și hipertiroidia, cu tulburările vasculare (varicele și artritele), cu ocronoza, xantomatoza, psoriazisul, calcinoza difuză articulară, osteoporoza, reumatismul psihogen.

Toate aceste asocieri și complicații schimbă evoluția și prognosticul poliartrozelor. Pentru aceasta trebuie să fie cunoscute bolile care se asociază cu artrozele, pentru a fi tratate în consecință. De exemplu, o poliartroză asociată cu hiperuricemie și hipercolesterolemie trebuie tratată și prin regim hipoproteic și hipolipidic. În poliartroza însoțită de tulburări de menopauză trebuie tratate ambele boli, deoarece este un lucru cunoscut că menopauza activează poliartroza ; de asemenea, într-o poliartroză cu insuficiență sau hiperfuncție tiroidiană, trebuie tratată și afecțiunea endocrină. La fel o poliartroză, asociată cu psoriazis, devine dureroasă și tenace la tratament. Poliartrozele cu osteoporoză sau osteomalacie sînt foarte dureroase. Tulburările circulatorii venoase (varicele) sau arteriale (arteritele), însoțite de arterioscleroză sau diabet, activează poliartrozele ; articula-

țiile devin dureroase și dau impotență funcțională. Ocronoza și xantomatoza, în cazul în care se asociază cu poliartrozele, întunecă prognosticul acestora.

Trebuie să precizăm că poliartroza poate fi consecutivă unei poliartrite ; de exemplu, după o poliartrită neisseriană poate să apară o poliartroză, care se deosebește clinic de celelalte poliartroze prin anchiloza articulațiilor, iar radiologic, în afară de prezența osteofitelor, comună la toate poliartrozele, prin ștergerea spațiului interarticular.

Poliartrozele însă se pot asocia cu diferite afecțiuni reumatismale sau nereumatismale, ca : boala Bouillaud-Sokolski, care în puseurile sale poate activa poliartrozele ; S. A., la bolnavi peste 40 de ani ; infecția de focar, infecțiile generale, dar mai ales cele gripale, care pot activa poliartrozele.

Este de remarcat că peste vîrsta de 50 de ani, majoritatea bolnavilor din stațiunile noastre balneare o formează purtătorii poliartrozelor activate prin infecții intercurente (gripă, cataruri etc.).

Noi am arătat, împreună cu Marin și colectivul de la Institutul de inframicrobiologie (condus de acad. Șt. Nicolau), că rickettsiozele și pararickettsiozele pot activa poliartrozele.

Există o legătură strînsă între P.C.E. și poliartroze : P.C.E. poate să îmbrace o formă poliartrozică ; P.C.E., în evoluția sa, poate să se asocieze cu o poliartroză ; o poliartroză poate să se transforme în P.C.E. Cercetările efectuate de noi la Centrul de reumatologie au arătat că 20% din poliartroze se transformă în P.C.E. Noi am ajuns la convingerea că în orice artroză, însoțită de dureri continui, cu o V.S.H. ușor mărită, trebuie căutate boli asociate (infecții intercurente și de focar) sau existența unei P.C.E. avînd ca punct de plecare o poliartroză. Este foarte important să facem diagnosticul și tratamentul P.C.E. în faza de transformare din poliartroze, deoarece în această etapă, rezultatele terapeutice sînt mult superioare. Poliartrozele asociate cu obezitatea trebuie tratate printr-o cură de slăbire. Uneori, poliartrozele cu neuromialgii se asociază cu o componentă psihogenă ; în aceste cazuri, pe lîngă dureri, contracturi și impotență funcțională ușoară, bolnavul are insomnii, transpirații, parestezii și stări depresive.

Poliartrozele se tratează cu succes prin balneo-fizioterapie, masaj, gimnastică, regim, periaj, sedative și analgetice ; se administrează injecții de iod și injecții cu extract de cartilaj și măduvă osoasă (Rumalon). În poliartrozele cu boli asociate se tratează concomitent și bolile asociate.

Spondilozele şi bolile asociate

Vom expune spondilozele în funcţie de localizare (cervicală, dorsală, lombară) şi de bolile asociate. În spondiloza cervicală vom expune 5 observaţii interesante :

1. spondiloza cervicală cu nevralgia cervico-brahială şi boli asociate ;
2. spondiloza cervicală cu nevralgii occipitale şi sindrom Barré-Liéou cu boli asociate ;
3. spondiloza cervicală cu sindrom umăr-mînă şi boli asociate ;
4. spondiloza cervicală cu astenie cerebrală ;
5. spondiloza cervicală cu sindrom coronarian.

Spondiloza cervicală

Obs. 37. — Bolnava P. I., în vîrstă de 52 de ani, consultă pentru dureri în regiunea cervicală cu iradieri în membrul superior drept, furnicături, parestezii, tulburări nervoase, insomnie, transpiraţii. Bolnava, care este la menopauză, prezintă hipertensiune arterială (17/9 cmHg). În trecut a avut crize de litiază biliară, iar în prezent suferă de constipaţie. Examene de laborator : V.S.H. 23/57 mm, hemograma normală, hiperuricemie (0,076 g‰), hipercolesterolemie (2,70 g‰). Bolnava are focare dentare şi amigdaliene şi este purtătoarea unei bronşite cronice. Radiografia evidenţiază o cervicartroză, mai accentuată la C_6—C_7.

Este vorba în acest caz de o spondiloză cervicală cu nevralgie cervico-brahială dreaptă, cu hipertensiune arterială moderată, cu hiperuricemie şi hipercolesterolemie, infecţii de focar dentare şi amigdaliene, cu colecistită cronică şi colită cronică cu constipaţie, cu tulburări nervoase (parestezii, furnicături, transpiraţii, insomnii, irascibilitate).

Cazul nostru clinic este complex. Nu este vorba numai de spondiloză cervicală cu nevralgie cervico-brahială, dar şi de o serie de boli asociate, care trebuie tratate concomitent. Tratamentul aplicat a constat din doze slabe de radioterapie în regiunea laterocervicală dreaptă (6 şedinţe a cîte 50 r la 2 zile), aspirină 1,5 g/zi, Extraveral, 2 tablete/zi, iar seara la nevoie un Fenobarbital. Am recomandat în plus tratamentul infecţiilor dentare, dînd în acelaşi timp şi 4 zile penicilină *per os ;* am indicat bolnavei un regim hipoazotat şi repaus pe pat tare, fără pernă, timp de 10 zile. Radioterapia am recomandat-o după diminuarea durerilor. Bolnava s-a ameliorat în urma acestui tratament.

Cazul de faţă arată efectele bune ale unui tratament complet şi complex al bolii de bază şi al afecţiunilor asociate.

Obs. 38. — Bolnavul U. R., în vîrstă de 41 de ani, vine pentru dureri în regiunea cervicală cu iradieri occipitale, mai ales în stînga, zgomote în urechi, vertij, insomnii. Bolnavul fumează şi este un etilic ; are bronşită tabagică, are focare amigdaliene, este nervos, irascibil ; are teamă să nu aibă tumoare cerebrală. Examenul radiologic ne arată o spondiloză cervicală superioară. Tensiunea arterială este 16/9 cmHg, punctele nervilor Arnold sînt sensibile la presiune. În plus se remarcă contractura muşchilor cervicali. Durerile iradiază nu numai în regiunea occipitală, dar şi în urechea stîngă ; bolnavul are

senzația că nu aude cu urechea stîngă, cu toate că specialistul nu i-a găsit nimic. Zgomotul din ureche îl enervează continuu. Din cînd în cînd are amețeli.

Tratamentul aplicat a constat din: antialgice, sedative, infiltrații cu xilină ale nervilor Arnold, masaj ușor, ionizări occipito-frontale cu clorură de calciu 2%, antibiotice contra infecției bronșice, reducerea fumatului, repaus psihic. Bolnavul a fost scos din muncă 3 săptămîni. În urma tratamentului, starea s-a ameliorat mult. În cazul de față, artroza cervicală activată prin infecțiile de focar, a dat cefalee occipitală, vertij, zgomote în urechi, hipoacuzie, senzație de instabilitate, tulburări vasomotorii.

În afară de nevralgia occipitală găsim aici și sindromul cervical simpatic posterior, descris de Barré și Liéou. Tulburările provocate de acest sindrom par să fie date de interesarea plexului simpatic, care înconjură artera vertebrală. Plexul simpatic este iritat de osteofitele unco-vertebrale care au contact cu artera vertebrală.

Conflictul unco-disco-vascular și unco-disco-simpatic poate să irite simpaticul, dînd manifestări de dezechilibru neuro-vegetativ și cefalee.

Uneori, artroza cervicală poate da și complicații medulare, manifestate prin semne piramidale (în care hipertonia predomină asupra deficitului motor) și tulburări importante ale sensibilității profunde. Alteori, ea realizează un sindrom amiotrofic sau senzitivomotor, prin atingerea coarnelor anterioare. Evoluția acestor tulburări este lentă și influențată favorabil prin repaus la pat și tratamentul spondilozei.

Cazul nostru este complex, cu boli asociate, însă nu interesează decît filetele senzitive.

Obs. 39. — Bolnava V. M., în vîrstă de 46 de ani, se internează pentru dureri în regiunea cervicală, cefalee, insomnii, transpirații și dureri în membrul superior drept (aceste dureri sînt violente și iradiază din umăr pînă la degete, fiind însoțite de impotența funcțională a umărului drept). Umărul drept este sensibil la presiune, mîna este edemațiată, degetele sînt în formă de „cîrnat", ușor cianotice, iar flexiunea lor este imposibilă.

Bolnava este la menopauză, suferă de insomnie, este hipertensivă (19/10 cm Hg), a slăbit, nu este febrilă ; are constipație alternînd cu diaree.

Boala a început cu o periartrită scapulo-humerală în urmă cu 2 ani ; cu 1 an înaintea internării a prezentat o zona zoster în regiunea cervicală, care s-a întins pînă la omoplat, după care toate fenomenele s-au exacerbat. Radiografia a arătat semnele unei spondiloze cervicale. Este vorba așadar de o spondiloză cervicală, asociată cu sindrom umăr-mînă (radiografia mîinii și umărului evidențiază o osteoporoză tigrată). Deci, la o bolnavă la menopauză cu hipertensiune arterială moderată, sindromul umăr-mînă s-a exacerbat după zona zoster. Menopauza în cazul de față a activat spondiloza cervicală, care a dat tulburări neuro-vegetative și a favorizat apariția hipertensiunii arteriale, pe un teren cu tulburări gastro-intestinale. Zona zoster a acutizat și exacerbat sindromul umăr-mînă. În afară de tratamentul spondilozei cervicale, în cazul de față s-a impus și tratamentul tulburărilor de menopauză, tulburărilor gastro-intestinale, tulburărilor nervoase, hipertensiunii arteriale, sindromului umăr-mînă. Un regim adecvat pentru tulburările gastro-intestinale cu Triferment la mese, Nefrix, antinevralgice și Griseofulvin (1,5 g/zi) ne-a dat rezultate îmbucurătoare. Nu am făcut nici un tratament fizioterapic. Masajul uscat, cu talc, de la degete spre umăr și mișcări ușoare pasive și active au diminuat edemul. Tratamentul în cazul acesta este de lungă durată,

cu ameliorări minime ; totuşi, ţinînd cont nu numai de afecţiunea de bază, ci şi de bolile asociate, rezultatele sînt îmbucurătoare.

Obs. 40. — Bolnavul R. P., în vîrstă de 42 de ani, contabil, se plînge de cefalee, localizată mai ales în regiunea occipitală, insomnii, transpiraţii la orice efort, nelinişte. A fost îngrijit ani de zile de astenie nervoasă. La examenul obiectiv se constată : traheobronşită cronică, hipertensiune arterială, 18—20 cmHg, fundul de ochi normal, eczemă la coate şi la membrele inferioare, care apare şi dispare ; dureri lombare intermitente la presiune, infecţii dentare. La radiografia craniului nu se constată nimic deosebit, iar la cea a coloanei cervicale se remarcă semne de spondiloză. Probele de laborator arată : V.S.H. 25/49 mm, acidul uric în sînge 0,060 g‰, colesterolemia 2,80 g‰. Este vorba deci de un bolnav cu spondiloză cervicală, astenie nervoasă, hipertensiune arterială, hipertrofie de prostată şi infecţii de focar multiple (dentare, prostatice, traheobronşice), hiperuricemie şi hipercolesterolemie, eczemă cronică.

Interogat, bolnavul afirmă că durerile de ceafă intermitente le-a simţit cu 5—6 ani înainte ; insomniile, transpiraţia şi cefaleea au apărut de 2—3 ani, accentuîndu-se treptat.

Tratamentul a constat în radioterapie locală în doze sedative (6 şedinţe a 50 r la 2 zile), ionizări cu clorura de calciu occipito-supraorbitale, masaj uscat frunte-ceafă, sedative, antialgice, antibioterapie (o cură de 10 zile, repetată după o lună), regim antigutos. Rezultatele tratamentului au fost bune.

Cazul de faţă arată că sindromul nevrotic nu s-a instalat decît secundar, pe o spondiloză cervicală, după o oboseală psihică, iar tratamentul lui singur a fost ineficace. Chiar şi tratamentul combinat al spondilozei cervicale şi al sindromului astenic nu a dat rezultat pînă nu s-au tratat bolile asociate (infecţiile dentare, traheobronşita, hiperuricemia şi hipercolesterolemia).

Cazul de faţă pune problema raportului dintre nevroza astenică şi spondiloza cervicală. Frecvent simptome caracteristice pentru nevroza astenică ţin nu de oboseala propriu-zisă a sistemului nervos, ci de manifestările neuro-vegetative ale unei spondiloze cervicale.

Obs. 41. — Bolnavul V. I., în vîrstă de 67 de ani, consultă pentru dureri în ceafă cu iradieri în regiunea occipitală, umăr, spate şi în regiunea precordială. Durerile sînt intermitente, dispar şi apar la efort şi supărări sau la schimbarea vremii. Uneori, ele apar şi noaptea, ţinînd cîteva minute. Tensiunea arterială 16/9,5 cmHg, uşoară hipertrofie a ventriculului stîng, nimic renal ; ureea, acidul uric şi colesterolul în sînge normale ; E.C.G. normală.

Radiografia arată semnele unei spondiloze cervico-dorsale, mai accentuată la ultimele vertebre cervicale. I-am recomandat ca tratament : radioterapie, masaj, antinevralgice, sedative. Socotind că durerile precordiale în accese, apărînd atît ziua, cît şi noaptea nu pot fi produse numai de radiculita spondilozei cervicale, am cerut şi consultul unui cardiolog, bănuind că este vorba probabil şi de spasme coronariene. Bolnavului, cu tot tratamentul de spondiloză, nu i-au dispărut durerile, iar după 3 luni a făcut un infarct miocardic.

Cazul de faţă arată că există un sindrom cervico-coronarian. Asocierea unei spondiloze (bine evidenţiată radiografic) cu un sindrom coronarian numai suspectat (deoarece E.C.G. a fost negativă) trebuie să ducă la tratamentul perseverent al ambelor afecţiuni, căci altfel se poate ajunge, cum ne-a dovedit cazul de faţă, la un infarct miocardic.

Din cazurile expuse de noi reiese că spondiloza cervicală nu se manifestă numai prin dureri locale, contracturi musculare, crepitaţii, ci de multe ori ea este însoţită de cefalee occipitală, vertij, tulburări vasomotorii şi secretoare, cauzate de sindromul cervical simpatic posterior. Uneori, iradierile merg la distanţă şi dau şi spasme coronariene. Deci, în spondiloza cervicală, trebuie tratate şi afecţiunile reflexe locale sau la distanţă. De asemenea, spondiloza cervicală se poate asocia sau poate provoca diferite afecţiuni de vecinătate (nevralgie cervico-brahială, periartrită scapulo-humerală, sindrom umăr-mînă) ; importantă este asocierea cu sindromul coronarian şi sindromul astenic secundar.

Rar, spondiloza cervicală poate da şi tulburări motorii, parapareze sau amiotrofii tip Erb.

Trebuie ştiut că leziunile radiografice nu sînt în concordanţă cu manifestările clinice ; astfel, osteofite voluminoase, uneori, nu sînt însoţite de fenomene clinice şi, invers, fenomenele clinice accentuate corespund fenomenelor discrete radiologice.

În spondiloza cervicală pot fi lezate arterele vertebrale şi nervii spinali, prin discrete subluxaţii vertebrale sau prin leziunile articulaţiilor unco-vertebrale. Arterele vertebrale, prin poziţia continuu schimbată a capului şi gîtului, pot fi obliterate intermitent sau se pot produce spasme, mai ales la nivelul primelor vertebre cervicale, care se manifestă clinic prin pierderea echilibrului şi vertij.

Coloana cervicală, prin poziţia, structura şi mobilitatea ei mare, este predispusă la traumatisme, mai mult ca orice segment vertebral, fiind extrem de vulnerabilă. Aproape 90% din iritaţiile rădăcinilor nervoase cervicale sînt rezultatul alteraţiilor şi leziunilor cauzate de traumatismele ligamentelor şi capsulei articulaţiilor coloanei cervicale. Traumatismele pot produce subluxaţii, micşorarea găurilor de conjugaţie, iritaţii sau compresiuni pe rădăcinile cervicale. Cu timpul se dezvoltă osteofite la marginea articulaţiilor unco-vertebrale sau intervertebrale posterioare ; ţesuturile ligamentare şi capsula se îngroaşe, pierzîndu-şi elasticitatea normală. Îngroşarea lor în gaura de conjugaţie poate produce o compresiune gradată a rădăcinilor nervoase şi o fibroză perineurală. Rădăcinile nervoase, care la început răspund prin dureri şi capacitate funcţională redusă, se pot acomoda mai tîrziu, simptomele dispărînd. Există o sensibilitate diferită a fibrelor nervoase, ceea ce dă simptome clinice diferite ; însă exacerbarea durerilor depinde de localizarea leziunii, de întinderea iradierii sau compresiunii nervoase. Compresiunile discale cele mai frecvente sînt postero-laterale, cu toate că aici discul este protejat de articulaţiile unco-vertebrale.

Tensiunea nervoasă, oboseala, ţinuta greşită, hiperactivitatea agravează simptomele clinice ale iritaţiei rădăcinilor nervilor cervicali ; la fel şi tulburările atmosferice pot da exacerbări clinice. Prinderea nervilor simpatici şi a plexului arterelor vertebrale agravează spondiloza cervicală. Durerile în craniu, leziunile senzoriale, motorii, trofice, spasmele pot fi manifestări reflexe ale iritării simpaticului posterior şi ale nervilor arterelor vertebrale, producînd ameţeli, greaţă, palpitaţii, ţiuituri în ureche, pierderea echilibrului, dilataţia pupilelor şi tulburări circulatorii la faţă şi în membrele inferioare. La radiografie, în spondiloza cervicală, în 80% din cazuri, coloana devine rectilină, probabil din cauza spasmelor musculare, pentru că bolnavul caută o poziţie antalgică ; prin aceasta, canalul intervertebral se lărgeşte, micşorînd compresiunea pe rădăcini şi secundar durerile.

Bolile asociate cu spondiloza cervicală sînt : angina pectorală, hipertensiunea arterială de natură vertebrală (sindromul Gutzeit), boala Raynaud, tulburările de circulaţie cerebrală, tulburările metabolice, hemicraniile, migrena cervicală, diverse tulburări vizuale şi acustice, vertij, mialgii, periartrita scapulo-umerală, boala Dupuytren, tulburări neuro-vegetative, sindromul umăr-mînă, sindromul Barré-Liéou, paresteziile din braţ, ceafă şi spate, brahialgiile cu parestezii nocturne. Cîteodată, spondiloza cervicală provoacă şi tulburări motorii (pareze, amiotrofii, areflexie). Există şi tulburări funcţionale, gastro-intestinale (disfagii, arsuri, sughiţuri, spasme abdominale, meteorism, constipaţie şi diaree), provocate de spondiloza cervicală ; s-au observat în cervicartroze şi crize epileptiforme cu alteraţii electroencefalografice, precum şi simptome de tetanie.

Discopatiile provoacă în regiunea cervicală procese reactive mult mai precoce şi mai frecvente decît discopatiile lombare ; cauzele sînt procesele unco-vertebrale. Cel mai frecvent sînt prinse discurile C_5—C_6, apoi C_6—C_7. Răspunzătoare de manifestările clinice din spondiloza cervicală sînt şi tulburările circulatorii. În vasele coloanei vertebrale se produce stază şi edem perivascular, ceea ce iarăşi poate da iritaţia rădăcinilor nervoase respective. Spondiloza cervicală creează o stare de reactivitate modificată a sistemului nervos vegetativ al bolnavului.

Spondiloza cervicală se poate asocia şi cu boala Dupuytren, pe care o întîlnim mai ales la bărbaţi după 50 de ani.

Diagnosticul diferenţial al unei spondiloze cervicale trebuie făcut cu : anomaliile coloanei cervicale (spina bifida, bloc vertebral, hemivertebre, aplazia corpurilor vertebrale, anomalii ale arcurilor vertebrale şi hipertrofia apofizei spinoase a vertebrei C_7), osteomielita coloanei cervicale, morbul Pott cervical, spondilita luetică, tifică, paratifică, anchilopoietică şi cea produsă de

P.C.E., mai ales la copii. Uneori, spondiloza cervicală se complică cu luxaţii, fracturi ale coloanei cervicale sau se asociază cu metastaze cu punct de plecare mamar, prostatic, tiroidian, bronşic, hepatic, sau din vezica urinară. Alteori, durerile cervicale sînt dureri psihogene la persoanele anxioase şi depresive sau la cele care au o ţinută a corpului greşită prin contractura îndelungată a muşchilor cervicali.

Tratamentul în spondiloza cervicală trebuie să se adreseze nu numai afecţiunii vertebrale, ci şi complicaţiilor şi bolilor asociate. În afară de radioterapie şi fizioterapie sedativă, infiltraţiile cu novocaină şi masajele dau rezultate bune. În spondiloza cervicală trebuie evitate emoţiile şi mişcările bruşte. Este contraindicată termoterapia locală şi generală (hidro- şi balneoterapia), mai ales la persoanele nervoase ; de multe ori trebuie aplicat un guler plastic sau un guler gros de fetru şi recomandat repaus complet pînă la dispariţia inflamaţiei, care este răspunzătoare de durerile atroce şi tulburările neuro-vegetative. Imobilizarea care durează de 2—6 săptămîni trebuie făcută în hiperextensie. Uneori, picioarele plate sau inegale pot fi cauza activării dureroase a spondilozei cervicale, necesitînd tratament. Tulburările de menopauză pot agrava spondiloza cervicală, fapt pentru care ele reclamă un tratament corespunzător.

Spondiloza dorsală

Spondiloza dorsală sau dorsartroza se manifestă prin dureri intercostale, simulînd uneori boli ale cavităţii toracice sau abdominale ; uneori este asimptomatică, descoperită numai la radiografie ; alteori produce dureri atroce. Spondiloza dorsală evoluează frecvent concomitent cu spondiloza cervicală şi lombară, care sînt mai zgomotoase din punct de vedere clinic.

Cînd sîntem în faţa unei spondiloze dorsale dureroase trebuie să ne gîndim dacă aceasta nu este asociată cu altă boală (diabet zaharat, zona zoster, metastaze neoplazice etc.).

Spondiloza dorsală se poate grefa pe boala Scheuermann, pe morbul Pott vindecat sau pe un bloc vertebral congenital sau dobîndit ; se poate asocia cu sindromul Kümmel-Verneuil sau cu tabesul dorsal. În sfîrşit, ea poate să apară după o spondilită parţială (tifică, pneumococică, brucelozică vindecată) sau, tardiv, după o scolioză.

O formă de spondiloză dorsală, care seamănă cu spondilita, este şi sindromul Forrestier-Rotès (apare la bătrîni ; osteofitele unindu-se realizează aspectul de coloană în bambus asemănător cu cel din S.A.).

Orice discopatie, fie traumatică, fie prin discită dorsală, se vindecă, lăsînd o spondiloză dorsală.

Vom expune cîteva cazuri de spondiloză dorsală și boli asociate.

Obs. 42. — Bolnava F.H., în vîrstă de 53 de ani, se plînge de dureri în regiunea dorsală mijlocie, cu iradieri în centură, mai ales în hemitoracele stîng. Este o veche diabetică, cu tendință la obezitate, cu tensiunea arterială normală. V.S.H. 13/27 mm, colesterolemia 2,80 g‰, glicemia 1,90 g‰, glicozuria 27 g‰ ; nu are acetonă.

Boala a început de 3 ani, cu dureri intermitente. I s-a fixat diagnosticul de spondiloză dorsală și i s-a indicat radioterapie, dar durerile au persistat. Bolnava este tratată de noi cu infiltrații cu hidrocortizon pe traiectul nervilor intercostali și cu regim antidiabetic asociat cu administrarea de insulină, vitamina B_1 și vitamina B_6. După 30 de zile este mult ameliorată.

Din cele expuse se poate vedea că ameliorarea bolii a fost datorită tratării concomitente a bolii de bază și a afecțiunilor asociate.

Obs. 43. — Bolnavul N. I., în vîrstă de 76 de ani, consultă pentru dureri atroce în coloana dorsală cu iradieri în centură și insomnii. Boala a debutat în urmă cu 6 luni. după o erupție herpetiformă la nivelul hemitoracelui stîng. Erupția s-a vindecat, dar durerile au persistat, avînd o intensitate mare. La examenul obiectiv se constată o tensiune arterială de 19—10,5 cmHg. Probele de laborator arată : acid uric 0,075 g‰, colesterolemia 2,80 g‰, sedimentul urinar normal, V.S.H. 14/29 mm. Se fixează diagnosticul de spondiloză dorsală cu nevralgii post zona zoster, hiperuricemie și hipercolesterolemie. Ca tratament se indică radioterapie pe regiunea dorsală (300 r în 6 ședințe), infiltrații cu xilină și hidrocortizon de-a lungul sciaticului dureros, injecții cu vitamina B_1 și B_6, regim hipoazotat, antialgice, sedative și omnadin (o fiolă la 2 zile). Cu tot acest tratament, deși starea bolnavului s-a ameliorat, durerile încă mai persistă.

Cazul de față ne arată că spondiloza dorsală asociată cu radiculita virotică, consecutivă unei zone zoster, este foarte rebelă la tratament. Trebuie tratată nu numai spondiloza dorsală, dar și bolile asociate : radiculita prin zona zoster. hiperuricemia și hipercolesterolemia.

Obs. 44. — Bolnavul R. P., în vîrstă de 78 de ani, se internează pentru dureri în regiunea dorso-lombară. cu iradieri de-a lungul nervilor intercostali stîngi și polakiurie, mai ales nocturnă. Suferă de mult de spondiloză dorso-lombară. însă în ultimele 6 luni durerile s-au exacerbat și sînt persistente. Nu are nimic pulmonar, hipertensiunea arterială este 20/11 cmHg, ureea și acidul uric în sînge sînt normale, V.S.H. 59/111 mm. colesterolemia 2,30 g‰, iar sedimentul de urină prezintă rari cilindri hialini și hematii. Radiografiile făcute cu 2 ani în urmă au atestat diagnosticul de spondiloză dorsală. Repetată radiografia a evidențiat, pe lîngă spondiloză, și prezența unor metastaze în regiunea dorsală. Examenul prostatei a dat la iveală un neoplasm prostatic. Tratamentul cu Sintofolin în doze mari a ameliorat durerile și starea generală.

Cazul de față confirmă că spondiloza dorsală, însoțită de dureri persistente la oameni în vîrstă, cu V.S.H. mărită, trebuie suspectată de spondiloză dorsală asociată cu un proces neoplazic.

Obs. 45. — Bolnavul G. D., în vîrstă de 29 de ani, se prezintă la consultații pentru dureri în regiunea dorso-lombară, mai accentuate la efort. Nu are nimic pulmonar, cardiac, gastro-intestinal sau renal. La examenul obiectiv se constată o cifoză dorsală, cu lordoză compen-

satoare. Mişcările coloanei vertebrale sînt parţial păstrate. Bolnavul afirmă că s-a născut cu această cifoză, care cu timpul s-a accentuat, concomitent cu exacerbarea durerilor. Examenul radiografic evidenţiază semnele unei spondiloze dorsale, grefată pe o boală Scheuermann (noduli Schmorl, vertebre cu feţele neregulate). Ca tratament am recomandat bolnavului pat tare, corset înalt, radioterapie în doze sedative, vitamină D_2, helioterapie şi antialgice la nevoie.

Cazul de faţă arată că o cifolordoză la persoane tinere reprezintă în realitate o spondiloză, asociată cu boala Scheuermann.

Spondiloza asociată cu boala Scheuermann se tratează ca orice spondiloză; deosebirea este că această spondiloză este progresivă, cuprinzînd în plus şi regiunea cervicală. Tratamentul cel mai bun este însă cel preventiv (pat tare, corset, gimnastică, helioterapie şi talasoterapie).



Fig. 26. — Spondiloză hiperostozică tip Forrestier-Rotès.

Obs. 46. — Bolnavul C. I., în vîrstă de 68 de ani se plînge de dureri în coloana vertebrală, mai ales în regiunea dorsală inferioară şi limitarea mişcărilor coloanei dorsale. Aceste fenomene datează, după afirmaţia bolnavului, de mai mulţi ani, fiind mai accentuate la mişcări. Bolnavul prezintă tendinţă la obezitate, are o tensiune arterială de 22—12 cm Hg, la nivelul mîinilor se constată existenţa unei boli Dupuytren asimptomatice, iar la nivelul plămînilor o bronşită cronică tabagică. Sedimentul de urină, ureea şi acidul uric în sînge normale; colesterolemia 2,30 g‰; V.S.H. 17/34 mm. Radiografia dorso-lombo-sacrală ne arată în regiunea dorso-lombară un lanţ de osteofite unite mai ales în dreapta, articulaţiile sacro-iliace fiind libere.

Este vorba de o spondiloză hiperostozică tip Forrestier-Rotès la un hipertensiv cu aortită, bronşită cronică şi boala Dupuytren. Ca tratament s-a indicat radioterapie (600 r/cîmp; cîmp dorsal şi cîmp lombar, la 2 zile), hipotensive (Hipazin), antialgice la dureri, regim pentru slăbire, oprirea tutunului, antibioterapie pentru tratamentul bronşitei. Starea bolnavului s-a ameliorat foarte mult.

Cazul de faţă este interesant şi pentru forma clinică a spondilozei, care seamănă pînă la un punct cu spondilita anchilopoietică (spon-

diloza tip Forrestier-Rotès) şi pentru tratamentul complex administrat, care a ţinut cont şi de bolile asociate (obezitate, bronşită cronică, hipertensiune arterială).

Spondiloza dorsală se poate confunda cu spondilita anchilopoietică. Ultima apare însă la bărbaţi mai tineri, are ca punct de plecare articulaţiile sacro-iliace, care sînt aproape constant prinse, dă rigiditate, iar V.S.H. este mărită.

Morbul Pott se poate asocia după vindecare cu o spondiloză ; cifoza aici este mai pronunţată, fixă, iar antecedentele tuberculoase ne clarifică diagnosticul.

Boala Kümmel-Verneuil poate avea localizări în regiunea dorsală. Este o cifoză localizată la 2—3 vertebre, care are în antecedente un traumatism (fractura vertebrală). Radiografia ne arată vertebre deformate sau amputate.

Diagnosticul diferenţial la persoanele mai tinere se poate face cu dorsalgiile benigne ale tinerelor fete care sînt contracturi dureroase ale muşchilor trapezi întîlnite în special la croitorese sau la persoanele nervoase. Simptomele apar mai ales în regiunea dorsală, sub formă de dureri continui cu iradieri interscapulare, însoţite de arsuri. Oboseala şi poziţia în picioare le agravează. Bolnavii aceştia sînt astenici, avînd o hiperestezie în regiunea dorsală. La radiografie nu se găseşte nimic patologic sau sînt prezente sechele discrete de boală Scheuermann. Aceste dureri, socotite funcţionale, sînt în legătură cu atitudinile defectuoase profesionale statice (dorsalgii posturale), insuficienţa musculară şi ligamentară constituţională sau secundară unei slăbiri, mai ales după sarcină, terenul neuro-psihic deosebit.

Spondiloza dorsală se poate preta, de asemenea, la confuzii cu fibrozitele muşchilor spatelui.

Formele dureroase ale spondilozei dorsale se pot confunda cu entorsa dorsală disco-ligamentară (apariţia bruscă după un efort ne clarifică diagnosticul), hernia discală dorsală (caracterizată prin redoare dorsală, algiile intercostale unilaterale şi recunoaşterea traumatismului în antecedente ; hiperflexiunea gîtului măreşte simptomele dureroase), mialgia dorsală acută febrilă postgripală (care realizează o fibrozită acută ; apariţia după gripă ne clarifică diagnosticul), mialgia hiperalgică epidemică sezonieră (boala Bornholm), produsă de virusul *Coxsackie* care prinde şi muşchii trapezi şi muşchii gîtului.

În plus, spondiloza dorsală trebuie diferenţiată de durerile dorsale, datorite unor afecţiuni pleurale, pulmonare, cardiace, aortice sau neurologice (tumori intrarahidiene, tabes dorsal, sindrom neuroanemic). Cîteodată, algiile dorsale sînt produse şi de tulburări statice : picior plat, *genu varum*, *genu valgum* etc.

Uneori, radiculitele din spondiloza dorsală simulează boli abdominale (colecistite, apendicite, ulcer duodenal) sau, invers, aceste boli abdominale iradiază în coloana dorsală, simulînd o spondiloză dorsală.

Tratamentul spondilozei dorsale constă în : balneo-, fizioterapie, repaus combinat cu gimnastică, masaj, analgezice, pat tare, uneori şi corset ; radioterapia rămîne însă tratamentul de bază.

Întrucît, aşa cum am văzut, spondiloza dorsală se asociază foarte frecvent cu alte boli, este necesar ca acestea să fie decelate cît mai precoce şi tratate în consecinţă.

Spondiloza lombară

Spondiloza lombară este o afecţiune degenerativă a coloanei vertebrale inferioare, care se caracterizează prin dureri lombare sau sacro-lombare, cu iradieri în fese sau în coapse. Intensitatea durerilor este variabilă.

La anumiţi bolnavi este vorba numai de o simplă curbatură lombară, greu suportată de unii bolnavi, un fel de greutate în regiunea lombară. Regiunea lombară este blocată şi bolnavul face flexiunea cu greu. Cîteodată, bolnavii simt dureri lombare după un efort sau oboseală fizică ; la alţii, statul în picioare prelungit produce dureri lombare. Uneori, redoarea dureroasă maximă în regiunea lombară apare dimineaţa la sculare, ca apoi să dispară după mişcări. Alteori, din contra, durerile lombare apar la culcare ; la femei, exacerbarea durerilor lombare este premenstruală. Decubitusul dorsal suprimă lombalgia ; în timpul nopţii, prin schimbarea poziţiei, pot apărea durerile nocturne.
Factorul profesional este evident. Durerile apar după munci forţate, ridicarea de greutăţi etc. Cîteodată, lombalgia cronică survine după un lumbago acut sau invers ; un lumbago cronic este urmat de o lombalgie acută. Alteori, lombalgia devine permanentă, evoluează prin puseuri, declanşate prin surmenaj fizic, o răceală sau un voiaj în automobil. Între puseuri, durerile pot dispărea complet, alte ori după un puseu se instalează o durere sciatică. La unii bolnavi, puseurile de lumbago sînt urmate de crize de sciatică sau crizele de lumbago alternează cu crize de sciatică. Sciatica vertebrală se însoţeşte uneori de scolioză antalgică, alteori de hiperlordoză ; uneori, regiunea lombară devine plată. Mobilitatea coloanei este puţin influenţată ; hiperextensia sau hiperflexiunea anterioară poate în anumite momente să dea dureri care reduc mobilitatea.

Punctele dureroase se observă mai ales între L_4—L_5 şi L_5—S_1, median şi paramedian. La radiografii găsim o discopatie

netă, cîteodată asociată cu o discretă osteofitoză marginală, mai ales între L_4—L_5 sau L_5—S_1.

Alteori întîlnim anomalii statice, în care există un dezechilibru lombo-pelvian (bazin basculat de o parte), asimetria înălţimii cotililor femurali sau incurvarea laterală a coloanei lombare. În lordoza lombară, uneori, găsim un sacru orizontalizat.

Pe radiografii putem găsi anomalii congenitale în regiunea lombo-sacrală : sacralizări, lombalizări, spina bifida.

Cauza durerilor lombare este în general deteriorarea discală. Manifestările sciaticii din deteriorarea discală sînt produse prin conflictul disco-radicular. Deteriorarea discală care stă la baza unui lumbago cronic, este produsă prin factorii mecanici, care dau surmenajul discal. Deci, la baza unui lumbago discopatic, stă insuficienţa discală dureroasă, care este o consecinţă a deteriorării fizico-chimice a nucleului pulpos şi a inelului fibros.

Am împărţit spondiloza în 3 stadii : 1) stadiul discopatic, caracterizat prin insuficienţa discală dureroasă (lumbago cronic); leziunea totdeauna pleacă de la disc, deoarece discul nu are vascularizaţia sa proprie, şi deci este primul care degenerează, devenind insuficient ; 2) stadiul de spondiloză propriu-zisă, în care procesul nu interesează numai discul, dar şi articulaţiile apofizare cu capsula, tendoanele şi toate părţile moi, în acest stadiu, durerile sînt mai mari, permanente, iar mişcările sînt limitate ; 3) stadiul complicaţiilor spondilozei, în care întîlnim dezaxări vertebrale, osteoporoză şi uneori, spondilolistezis. În toate trei stadiile există osteoporoză : a) osteoporoză fină, pudroasă, în stadiul iniţial ; b) osteoporoză pietroasă în stadiul de spondiloză propriu-zisă ; c) osteoporoză chistică, în stadiul complicaţiilor.

Noi numim discartroză, deteriorarea discală produsă prin traumatism. De exemplu, o protruzie sau o hernie de disc pot genera o discartroză. În general, herniile de disc apar în discurile deteriorate ; de aceea, lombosciaticele acute sau subacute sînt produse de discuri deteriorate structural. Un conflict disco-radicular, provocator al unei lombosciatice, apare pe un disc insuficient. Manifestările spondilozei lombare sînt deci de lumbago cronic, lumbago acut sau lombosciatică. Nu însă fiecare lumbago este produs de o deteriorare discală sau discopatie ; numeroase alte boli pot să simuleze o spondiloză lombară, printre care amintim morbul Pott lombar sau lombo-sacral, spondiliza anchilozantă, spondilolistezisul L_5, sindromul dureros trofostatic de postmenopauză, cancerul vertebral primar sau secundar.

Spondiloza se mai poate confunda cu o miozită sau celulită lombară, cu durerile lombare provocate de afecţiuni renale, ginecologice sau neurologice.

Morbul Pott lombar se deosebeşte de un lumbago discopatic, prin faptul că apare la persoanele tinere, durerile lombare se accentuează progresiv, se agravează prin oboseală şi eforturi şi diminuează sau dispar la repaus. Apare la persoane cu antecedente tuberculoase. La radiografie găsim la început diminuarea sau dispariţia discului, cu neregularitatea platourilor discale, cu contururile marginale dispărute ; la tomografie şi, uneori, chiar la radiografie, găsim geode în corpul vertebral.

Spondilita anchilozantă apare la bărbaţii tineri cu lombalgii tenace şi redoare vertebrală ; lombalgiile se exacerbează la repaus, mai ales noaptea, iradiind uneori spre regiunea dorsală. V.S.H. este mărită, iar la radiografia articulaţiilor sacroiliace găsim pseudolărgirea liniei interarticulare, hipercondensare iliacă verticală, zone de decalcifiere microgeodică, alături de condensări. Durerea cedează la tratamentul cu fenilbutazonă.

Spondilolistezisul sau alunecarea unei vertebre lombare, este una din cauzele frecvente ale lombalgiilor. Uneori este consecinţa unei spondiloze congenitale distrofice declanşate printr-un traumatism. Spondiloliza reprezintă dehiscenţa bilaterală a arcului posterior vertebral, la nivelul istmului, care uneşte articulaţia superioară cu articulaţia inferioară de aceeaşi parte. Spondilolistezisul îl întîlnim mai ales la adult, cu ocazia unei lombosciatice.

Punem diagnosticul de spondilolistezis pe date clinice şi radiologice. Clinic găsim lordoză accentuată, un tunel lombar profund deasupra regiunii sacrale plane. Prin palparea cu degetul observăm un decalaj în formă de treaptă de scară, profund, dureros, între L_4—L_5 sau L_5—S_1 ; în morbul Pott, din contra, observăm o gibozitate. În spondilolistezis, de o parte şi de alta a rebordurilor costale, apar pliuri ale pielii ; bolnavul scade în înălţime.

Radiografia în spondilolistezis trebuie făcută din profil : privit clişeul posterior se observă alunecarea anterioară a vertebrei L_4 pe L_5 sau L_5 pe S_1. Spondilolistezisul se asociază frecvent cu spondiloza, fiind adesea şi cauza ei, cum se vede din cazul expus în observaţia 47.

Obs. 47. — Bolnavul P. I., în vîrstă de 53 de ani, vine la consultaţie pentru dureri în regiunea lombară care iradiază în membrul inferior stîng. Este obez, are un abdomen dilatat, este hipertensiv (tensiunea arterială 20/10 cm Hg), are varice la membrele inferioare, diabet şi hiperuricemie. Suferă de ani de zile de lumbago. De 1 an şi jumătate a apărut o lombosciatică rebelă la tratament. Examenul radiologic lombar evidenţiază o spondiloză lombară, asociată cu spondilolistezis L_4—L_5 ; probele de laborator arată V.S.H. normală, glicemia 2,20 g‰, glicozuria 37 g‰, acetonuria absentă, acidul uric în sînge 0,070 g‰, colesterolemia 3,20 g‰. Diagnosticul fixat a fost de

lombosciatică dreaptă radiculo-nevritică L_4—L_5 cu spondilolistezis, hiperuricemie, hipercolesterolemie, hipertensiune arterială, obezitate și diabet. Tratamentul aplicat a constat din: radioterapie (600 r în 6 ședințe, la 2 zile interval, în regiunea lombară) pat tare, lombostat, regim hipoazotat și antidiabetic, insulină, Stelofilin și antiaalgice. Starea bolnavului s-a ameliorat mult. Cazul este interesant, pentru că efectele terapeutice nu au fost bune atît timp cît nu s-a făcut și tratamentul bolilor asociate (diabet, obezitate, hiperuricemie și hipercolesterolemie), iar spondilolistezisul s-a descoperit numai cu ocazia unei crize de lombosciatică.

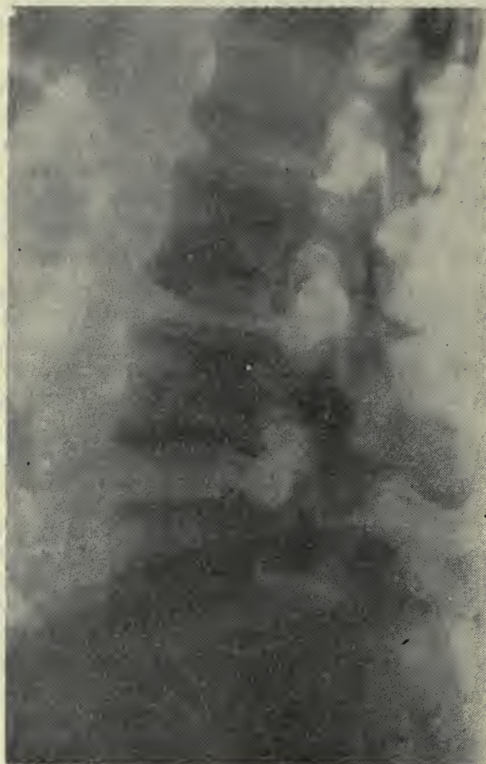


Fig. 27. — Spondilolistezis lombar.

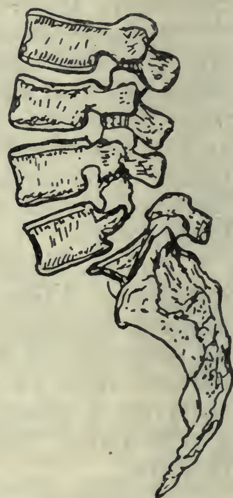


Fig. 28. — Spondilolistezis L_5.

Uneori observăm o alunecare posterioară (retrolistezis) sau dezaxare laterală vertebrală (laterolistezis). De cele mai multe ori, în spondilolistezis este suficient repausul pe pat tare și purtarea unui lombostat sau lombofix ; rar se fac intervenții chirurgicale. Cauzele spondilolistezisului, în afară de traumatism și spondilolizis congenital, sînt : relaxarea ligamentară și fractura istmului (consecutivă unui traumatism sau unei metastaze neoplazice).

Sindromul trofostatic postmenopauză poate fi cauza durerilor lombare după vîrsta de 60 de ani. Durerile lombare se accentuează după oboseală, staţiune îndelungată în picioare după purtare de greutăţi în spate. Frecvent, durerile iradiază în fese şi în membrele inferioare în totalitate. Adesea, durerile lombare iradiază şi în regiunea cervico-dorsală, prinzînd umerii şi braţele. Bolnavele sînt obeze, cu ţesut celuloadipos abundent ; abdomenul este ptozat, destins, cu relaxarea pereţilor abdominali. Regiunea abdominală este în hiperlordoză, care proiectează şi mai mult abdomenul înainte. Apofizele spinoase sînt înfundate între muşchii paravertebrali contractaţi. Deasupra hiperlordozei, spatele devine cifotic, cu tendinţă la căderea înapoi a trunchiului şi a umerilor şi proiecţia înainte a capului şi a gîtului ; din această cauză, muşchii cervicali posteriori, mai ales trapezii, sînt contractaţi şi dureroşi la palpare.

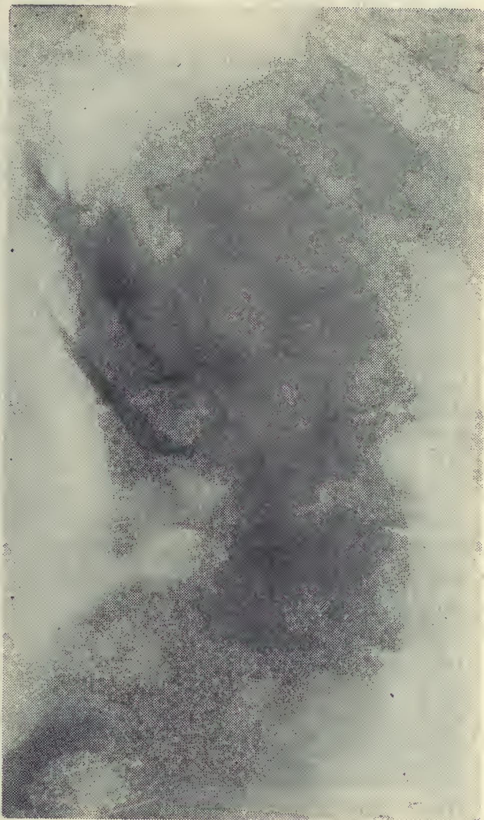


Fig. 29. — Sindrom Baastrup.

Radiografia din profil şi trei sferturi ne arată o hipercondensare articulară şi leziuni de artroză vertebrală posterioară, interesînd L_4—L_5 ; această artroză prin slăbirea ligamentară antrenează o alunecare înainte a vertebrei supraiacente, realizînd spondilolistezisul. Uneori întîlnim şi o pseudoartroză interspinoasă (sindrom Baastrup).

În regiunea lombară superioară prin lordoză accentuată se dezvoltă o discopatie, uneori cu retrolistezis L_1—L_2 ; în regiunea dorsală găsim o cifoză cu spondiloză, iar în regiunea cervicală o

hiperlordoză. Caracteristică este osteoporoza difuză a întregii coloane, asociată uneori cu tasări vertebrale izolate în regiunea lombară sau dorso-lombară. Acest sindrom apare după 20 de ani de la menopauză, mai ales după castrație ; putem să-l întîlnim și la persoane peste 70 de ani, confundîndu-se cu osteoporoza senilă, așa cum este cazul, pe care îl prezentăm în cele ce urmează :

Obs. 48. — Bolnava I. M., în vîrstă de 71 de ani, obeză, se internează în spital pentru dureri lombare, iradiind în toată coloana vertebrală, dispnee la efort și greutate în mers. Examinată, bolnava prezintă hipertensiune arterială (23/12 cm Hg) aortită cronică, varice ale membrelor inferioare, constipație cronică. Examenul radiografic evidențiază semnele unei spondiloze cervico-dorso-lombare, cu lordoză lombară, accentuată, osteoporoză marcată, cu vertebre de pește tasate în regiunea dorsală inferioară și discret spondilolistezis L_4—L_5. Durerile, iradiind și în membrele inferioare, fac mersul dificil, cu două bastoane. Este vorba de un sindrom trofostatic, caracterizat prin lordoză lombară accentuată, cu cifoză dorsală și hiperlordoză cervicală compensatoare, cu osteoporoză și tasări parțiale vertebrale, iar ca boli asociate hipertensiune arterială, aortită cronică, obezitate.

Tratament : repaus pe pat tare (ulterior lombostat), vitamina D_2, calciu lactic, Hipazin, antialgice, Nefrix, regim strict de slăbire. Acest tratament se adresează atît bolii de bază, cît și afecțiunilor asociate.

Spondiloza lombară poate să se asocieze cu metastaze canceroase : prostatice, uterine, renale, tiroidiene etc. Durerile în aceste cazuri sînt tenace ; nu se calmează prin repaus, rezistă la analgezice uzuale, necesitînd uneori administrarea de morfină. Durerile lombare iradiază frecvent în membrele inferioare, simulînd o sciatică sau o lombocruralgie și în special noaptea sînt extrem de violente. Bolnavii au insomnii, stare generală alterată, sînt nervoși și nu au poftă de mîncare, V.S.H. este accelerată. Examenul radiologic arată, pe lîngă artroze, și metastaze de tip osteolitic, osteoplastic sau mixte. Forma osteoplastică o dă cancerul prostatic.

Este necesar să se pună diagnosticul de la început de metastaze canceroase, pentru a se face în unele cazuri un tratament hormonal. Estrogenii contra cancerului de origine prostatică, androgenii contra cancerului sînului sau uterului și cortizonul în toate cancerele osoase secundare, dureroase, asociate sau nu cu tratament radioterapic, administrat de la început, dau frecvent rezultate bune. Cele mai bune rezultate însă le căpătăm în cancerul de origine prostatică al cărui prognostic este mult ameliorat prin hormonoterapie, după cum se vede în cazul din observația 49.

Obs. 49. — Bolnavul I. B., în vîrstă de 69 de ani se internează pentru dureri persistente în regiunea lombară stîngă, cu iradieri pe

sciaticul stîng. Starea generală este bună, are apetit bun, este ușor hipertensiv (16/9,5 cm Hg) ; V.S.H. 48/98 mm ; hemograma arată 4 150 000 hematii, 8 800 leucocite. În ultimele 6 luni, durerile s-au accentuat, iradiind pe traiectul sciaticului stîng. Durerile se măresc în repaus și mai ales noaptea. Bolnavul are polakiurie, în special nocturnă, cu examenul sumar de urină normal și suferă de constipație. La radiografia regiunii lombare găsim : spondiloză cu o metastază osteoblastică interesînd corpul vertebral L_4. Examenul prostatei arată : o prostată mărită de volum, cu noduli duri și dureroși (neoplasm prostatic). Bolnavul fiind tratat cu estrogeni în doze masive și cu analgetice, durerile dispar, starea generală se menține bună ; se continuă un tratament cu Sintofolin. Este în al treilea an de tratament și se simte bine.

Din cazul de față tragem concluzia că orice lumbago sau lombosciatică rebelă la tratament, cu dureri accentuate în repaus, la o persoană de peste 50 de ani cu V.S.H. mărită, trebuie suspectată de metastază canceroasă și diagnosticată cît mai precoce, deoarece frecvent tratamentul hormonal, făcut de la început, dă rezultate surprinzătoare.


Fig. 30. — Boala Paget.

Cînd găsim metastaza canceroasă în coloana vertebrală și cu toate investigațiile nu descoperim cancerul primar trebuie să ne gîndim la boala Hodgkin sau boala Kahler, cu localizări în coloana vertebrală.

Boala Hodgkin se caracterizează prin adenopatii, frecvent mediastinale, însoțite de febră, prurit, eozinofilie, sensibilitate la nivelul localizării după ingerarea de alcool. Reacționează la radioterapie ; biopsia ne ajută în cazul cînd este posibilă de făcut (localizarea laterocervicală sau axilară).

În boala Kahler sau mielomul multiplu, diagnosticul se fixează în afara imaginii radiologice, pe baza examenelor de laborator, care arată : creșterea globulinelor sanguine (în special

γ-globulinele), prezenţa în urină a albumozelor Bence-Jones, prezenţa în sînge, dar mai ales în punctatul medular, a unui mare număr de plasmocite.

Uneori, spondiloza lombară se asociază cu boala Paget (caracterizată prin oase deformate prin hiperostoză, vertebre turtite cu remanieri, fosfataze alcaline mărite, hipercalciurie fără hipercalcemie).

Tratament : spondiloza lombară dureroasă necesită repaus la pat, suprimarea eforturilor, antialgice, aspirină, fenilbutazonă, injecţii epidurale sau paravertebrale (cu hidrocortizon, novocaină sau xilină), fizioterapie sedativă sub formă de ultrascurte, ultrasunete paravertebrale, infraroşii şi radioterapie. Tracţiunile vertebrale, mai ales în formele asociate cu lombosciatică, dau uneori rezultate favorabile.

Reeducaţia funcţională prin gimnastică şi mai ales gimnastică posturală (statică), cu scopul de a corija hiperlordoza lombară, este utilă. Patul tare şi lombostatul sînt două tratamente apreciate în spondiloza lombară.

Intervenţiile chirurgicale ortopedice sînt indicate în spondiloza lombară numai în următoarele împrejurări : în formele invalidizante, la oameni sub 50 de ani ; în lombalgiile rebele, în care toate celelalte medicamente au eşuat ; în complicaţiile spondilozei lombare (hernii de disc, care nu cedează la tratamentele medicamentoase şi fizioterapice obişnuite).

Cînd însă spondiloza lombară se complică sau se asociază cu alte boli, ca cele descrise de noi anterior, trebuie făcut şi tratamentul acestora, pentru a obţine rezultate satisfăcătoare.

C) Reumatismul abarticular periferic cu caracter inflamator sau degenerativ (sindromul fibrozitic)

În acest capitol vom dezvolta mialgiile, miozitele, tendinitele, tendosinovitele, bursitele, periartritele, nevralgiile şi nevritele.

Împărţim acest capitol în două părţi : în prima parte vom vorbi despre mialgii, tendinite, periartrite, iar în partea a doua, despre nevralgii şi nevrite. La fel ca şi în celelalte capitole vom face la început consideraţii generale despre afecţiunile amintite şi apoi, bazaţi pe foi de observaţie, vom descrie diferitele forme de reumatism asociate cu alte boli.

Sindromul abarticular cuprinde procesele inflamatoare articulare şi degenerative ale ţesutului conjunctiv, adipos, muscular şi nervos.

1. Reumatismul muscular

Afecţiunile musculare de natură reumatismală poartă numele de mialgii şi miozite. Reumatismul muscular pur este destul de rar ; el este însă frecvent asociat cu afecţiunile reumatismale inflamatoare sau degenerative. Mialgiile şi miozitele recunosc, din punct de vedere etiologic, o serie de cauze externe şi interne.

Dintre cauzele externe amintim infecţiile de focar, bolile infecţioase generale, virozele, rickettsiozele şi pararickettsiozele, intoxicaţiile, traumatismele şi frigul.

Traumatismele sînt în legătură mai ales cu condiţiile de muncă, fiind provocate uneori prin poziţii nefiziologice în timpul muncii, care pot genera surmenajul muscular. De exemplu, poziţiile prelungite în picioare predispun la mialgii lombare, iar mersul pe jos, la mialgii ale membrelor inferioare. De asemenea, hiperfuncţia braţului la dactilografe, pianiste, ţesătoare poate da mialgii şi miozite ale membrelor superioare. Clima, mai ales friguroasă şi umedă, predispune la reumatism muscular, în special la profesiile expuse la frig şi umezeală (mineri, brutari, agricultori etc.).

a) *Neuromialgiile* generalizate pot fi în legătură cu tulburările metabolice, circulatorii, statice, endocrine şi nervoase.

Diverse tulburări endocrine predispun la neuromialgii generalizate ; de asemenea, tulburările circulatorii (arterite, varice etc.) care împiedică eliminarea acidului lactic din organism pot da dureri reumatice. În mialgii s-a găsit lactacidemia crescută, aldolaza scăzută şi creatinfosfokinaza crescută în ser. În cazuri grave de mialgii şi miozite, într-o proporţie mare, s-au găsit autoanticorpi antimusculari crescuţi.

Din punct de vedere anatomic, în mialgii se pare că este vorba de modificări de ordin fizico-chimic la nivelul fibrei musculare, constînd în trecerea coloizilor celulari din starea de sol în starea de gel (miogeloză) ; alţii consideră că este vorba de contracturi musculare localizate şi tulburări circulatorii.

În miozite găsim leziuni difuze sau granulomatoase ; muşchii pot fi tumefiaţi, induraţi, din loc în loc cu noduli de diferite dimensiuni.

Din punct de vedere clinic, mialgiile pot fi limitate la un singur grup muscular sau pot fi generalizate şi difuze. Mialgiile localizate sînt produse mai ales de factorii externi ; cele generalizate mai ales de factorii interni, legaţi de terenul individului.

Debutul mialgiilor poate fi brusc sau insidios, manifestîndu-se clinic prin dureri şi redoare musculară.

Durerea în mialgii poate fi surdă sau accentuată, continuă sau intermitentă. Uneori este însoţită de arsuri şi parestezii. Durerea, redoarea şi impotenţa funcţională sînt mai intense după repaus şi diminuează după mişcare, ceea ce face pe bolnavi să se scoale noaptea.

Durerile se pot exacerba prin presiune şi agrava prin umezeală şi frig. Examenul obiectiv nu descoperă decît puncte dureroase, cîteodată cu noduli fibrozitici. La palpare, aceşti noduli sînt dureroşi, cu iradiaţii în toată regiunea corespunzătoare. Prin anestezia lor, frecvent, durerile dispar.

Mialgiile nu se însoţesc în general de febră şi simptome generale ; uneori, bolnavii acuză oboseală accentuată. Examenele de laborator sînt de obicei normale.

Mai frecvente sînt mialgiile cervicale, lombare şi fesiere.

Mialgiile cervicale se manifestă prin contractura muşchilor cefei, cu dureri, interesînd mai ales muşchii trapezului.

Mialgia lombară o întîlnim mai ales după eforturi sau expunere la frig. Mişcările în lumbago mialgic sînt limitate.

Mialgia fesieră interesează uneori întreaga coapsă şi gambă, simulînd o sciatică.

Mialgii mai întîlnim la umăr şi torace. Mialgiile acute se vindecă uşor, dar recidivează frecvent. Formele cronice pot persista ani de zile, sînt rebele la tratament, însă nu dau impotenţă funcţională sau incapacitate de muncă. La început, în mialgii, bolnavii simt o oboseală musculară localizată pe un grup de muşchi sau generalizată, apoi apar dureri, exacerbate prin mişcări. Uneori, mialgiile sînt însoţite şi de prinderea ţesutului conjunctiv şi grăsos subcutanat, putînd îmbrăca forme de paniculite, adiposalgii sau celulite.

Artrozele şi poliartrozele se însoţesc frecvent de neuromialgii, localizate sau generalizate, asociate cu paniculoze.

b) *Paniculoza* este o îngroşare localizată a pielii şi ţesutului subcutanat, limitată sau generalizată, care poate să producă uneori dureri accentuate. O întîlnim mai ales la femei, după menopauză. Factorii hormonali, asociaţi cu factorii trofici şi circulatori, sînt cauza durerilor în paniculoză. Durerile sînt exacerbate prin căldură, ceea ce face pe unii bolnavi, să nu suporte noaptea învelişul. Bolnavii se plîng de dureri şi greutate în părţile interesate, mai ales în locurile cu acumulare grăsoasă, adică la ceafă, umeri, pe faţa posterioară a braţelor, la nivelul pectoralilor, în regiunea omoplatului, regiunea lombară, a şoldurilor şi a gambelor. Se atribuie senzaţia dureroasă în paniculoză, unei iritaţii a terminaţiilor nervoase prin tensiunea mărită în ţesuturi ; căldura şi vasodilataţia măresc durerile şi tensiunea tisulară. Retenţia hidrică în ţesuturi şi adipozitatea activează

paniculozele. Pielea este aderentă de ţesuturile subiacente, dînd impresia de coajă groasă, dureroasă şi hipersensibilă (aspectul coajei de portocală). Bolnavii în general sînt sensibili, depresivi. Tratamentul cel mai bun în mialgiile însoţite de paniculoze este masajul, un regim sărac în calorii, extractele tiroidiene şi gimnastica uşoară.

c) *Miozita reumatismală* are un substrat anatomic, cu leziuni granulomatoase sau difuze ; este localizată sau generalizată. Durerile se exacerbează la palpare şi la mişcare ; muşchii sînt edemaţiaţi, cu nodozităţi hipersensibile.

Polimiozitele sînt însoţite de simptome generale (febră, transpiraţii, curbură, oboseală generală) şi de semne biologice (V.S.H. mărită, leucocitoză etc.).

Miozita poate fi bacteriană (de obicei supurativă), trichinozică sau, mai rar, sifilitică. De asemenea, ea se poate întîlni în sarcoidoză, dermatomiozită, LES, sclerodermie, stadiul terminal al unei distrofii musculare progresive, al unei miosceroze senile retractile sau după o mioscleroză familială. Miozitele interstiţiale nodulare evoluează frecvent, fără mialgii şi miastenie; histologic găsim infiltrate difuze de celule rotunde.

d) *Miozita osifiantă şi calcinoza universală* apare frecvent în copilărie ; reacţionează bine la cortizon şi ACTH.

Miozita osifiantă este o tulburare miosclerotică familială, însoţită frecvent de anomalii osoase (de exemplu, scurtarea primului metatarsian). Se localizează de predilecţie în muşchii dorsali, toracali, ai cefei şi muşchii deltoizi. Se pot osifica grupuri întregi de muşchi, ligamente şi aponevroze, care pot bloca o articulaţie sau chiar un segment al coloanei vertebrale. De exemplu, se poate forma o sinostoză a articulaţiilor costovertebrale, care anchilozîndu-se cu timpul pot periclita respiraţia. Procesul osifiant pleacă de la tendon spre centrul muşchiului. Radiografiile ne arată neoformaţii osoase în muşchi şi decalcifieri în coloana vertebrală ; aceasta uneori ia aspect de bambus, simulînd spondilita anchilopoietică. Prognosticul miozitei osifiante este serios. Bolnavii rar supravieţuiesc peste vîrsta de 40 de ani. Tratamentul cortizonic şi radioterapic nu dă rezultate. Aici este vorba de metaplazii osoase, nu se recomandă excizia maselor neoformate. Regimul trebuie să fie sărac în calciu şi fosfor.

e) În *sindromul Werner* există calcinoză cutanată, circumscrisă. Aici este vorba de o entitate clinică familială, apărînd la persoane de statură mică, cu extremităţi subţiri, abdomen mare, păr rar, cataracte însoţite de ulcere şi necroză periferică ; acest sindrom se poate asocia cu diabet, osteoporoză şi hipogonadism.

f) *Polimiozita* este o afecţiune subacută sau cronică, cu edeme în muşchi şi ţesutul subcutanat. În polimiozita acută sau în dermatomiozită, perimisium este sediul unor focare inflamatoare diseminate. Această afecţiune produce edem roşu, dur şi dureros al tegumentelor, care interesează grupul de muşchi afectaţi. Uneori se produc şi hemoragii la nivelul muşchilor şi al pielii. Bolnavii au o stare generală gravă, prezentînd semne de infecţie generală serioasă. Boala are o evoluţie acută sau subacută şi un prognostic serios. Uneori se asociază cu eozinofilie, evocînd ideea unei trichinoze.

În dermatomiozite întîlnim frecvent miastenii grave, asociate în 17% din cazuri cu tumori maligne ale plămînilor, ale tubului digestiv, vezicii biliare şi oaselor ; aici există carenţă de vitamina B_1. În polimiozită, factorul precipitant poate fi un exantem acut, o boală febrilă, o furunculoză sau o tuberculoză. Ca asocieri frecvente întîlnim în polimiozită hipertensiune arterială, diabet şi lues congenital. Ca simptome generale amintim artralgiile, mialgiile, splenomegalia, adenopatia, scăderea în greutate, disfagia, epistaxisul, hematemeza şi hemoragiile în muşchii intestinali. Inima este prinsă rar, sub formă de pericardită ; sistemul nervos şi endocrin nu sînt interesate. Radiologic întîlnim osteoporoză generalizată, iar probele de laborator ne arată anemie, V.S.H. mărită, ASLO normal, creatinurie constant mărită, albuminurie, mioglobinurie, aldolaza, transaminaza şi fosfohexoizomeraza crescute în sînge. Metabolismul bazal este crescut uneori pînă la 30%. Din punct de vedere anatomopatologic găsim degenerescenţa focală a fibrelor musculare, cu necroză şi fagocitoză ; în cazurile fără leziuni musculare observăm infiltrate perivasculare şi interstiţiale.

g) *Mialgia epidemică* sau boala Bornholm, produsă de virusul *Coxsackie* debutează brusc cu semne de infecţie generală, dureri musculare difuze şi localizate ; în muşchi întîlnim uneori noduli de mărimi variabile. Procesul prinde mai ales muşchii toracelui, abdominali şi diafragmul, simulînd uneori o peritonită acută sau o colică hepatică. În unele cazuri afectează pleura, pericardul şi organele genitale masculine. Examenul hematologic arată o leucocitoză, uneori cu eozinofilie ; de obicei, boala se vindecă.

h) *Miopatia idiopatică paroxistică* este tot o miozită, însoţită uneori de miastenie şi mioglobinurie ; frecvent se asociază cu tulburări metabolice ; apare uneori după un exerciţiu intens. Mioglobinuria o întîlnim şi în dermatomiozită, dar niciodată într-o simplă distrofie musculară.

i) În menopauză, la femei apare cîteodată o *distrofie musculară* localizată în muşchii cvadricepsului.

Diagnosticul pozitiv al reumatismului muscular se bazează pe tumefacţia dureroasă a unor mase musculare, constatarea unor induraţii localizate, adevăraţi noduli în muşchi.

Diagnosticul diferenţial se face în raport cu regiunea interesată.

— Mialgiile şi miozitele cefei se pot confunda cu spondilita, morbul Pott cervical, spondilita cervicală activată, adenopatii sau cu antraxul cefei.

— Afecţiunile muşchilor toracici se pot confunda cu S.A., cu morbul Pott, pleurita, congestia pulmonară, angina de piept sau sindromul mediastinal.

— Afecţiunile muşchilor lombari se pot confunda cu S.A., spondilolistezis şi hernia de disc.

— Mialgiile şi miozitele membrelor se pot confunda cu periartita scapulo-humerală, artrozele coxo-femurale, periartrita nodoasă şi trombangeita obliterantă.

Polimiozitele se pot complica cu leziuni ale nervilor periferici, dînd tabloul neuromiozitelor. În cazurile grave de polimiozită cu mioglobinurie, cu distrucţie musculară masivă, poate apărea insuficienţa renală acută, care adesea are un sfîrşit letal.

Uneori, la adolescenţi şi adulţi întîlnim tumefacţii musculare, mai ales la braţ, antebraţ şi gambă ; boala evoluează cu febră, astenie, transpiraţie, fiind precedată de o angină febrilă. Etiologic pare să fie vorba de infecţii streptococice, exacerbate prin frig.

Ca tratament în miozite se recomandă repaus la pat, căldură, masaj uşor, salicilat, fenilbutazonă şi uneori cortizon ; în stare de acalmie se recomandă asanarea focarelor, kinezi- şi fizioterapie, şi mai ales gimnastică respiratorie.

2. Tendinitele

a) *Tendinitele* pot interesa un singur tendon la o articulaţie sau mai multe tendoane la diferite articulaţii. În capitolul de faţă ne vom ocupa de peritendinite şi tendosinovite, în afara oricărei manifestări articulare.

Putem întîlni tendinite izolate, politendinite şi periartrite. Tendinitele izolate sînt provocate în general de hiperactivitate musculară, traumatisme şi factori endocrini, mai ales la menopauză.

Cele mai frecvente sînt : tendinita epicondiliană şi epitrohleană, tendinita cvadricepsului, a calcaneului, supraspinosului etc. Tendinitele epicondiliană şi epitrohleană apar mai ales la spălătorese, tîmplari, jucători de tenis, după un efort exagerat ; durerile sînt spontane sau la palpare. Tendinita cvadricepsului

se caracterizează prin dureri la palparea marginii superioare a rotulei, locul de inserţie a cvadricepsului. În tendinita cvadricepsului, bolnavul simte o jenă la urcarea şi coborîrea scărilor. Tendinita calcaneului prinde fie inserţia tendonului lui Achile, fie inserţia ligamentelor plantare pe faţa inferioară a calcaneului, producînd calcificări ale tendoanelor sub formă de pinten calcanean posterior sau inferior. Pintenii posteriori apar mai ales la sportivi, cei inferiori la persoanele care stau mult în picioare. De multe ori, durerile achiliene sînt tendinite asociate cu bursite retrocalcaneene. Tendinita supraspinosului provoacă dureri în umăr şi impotenţă funcţională. La palpare, punctul subacromial, corespunzător inserţiei tendonului supraspinosului, este dureros. Mai întîlnim tendinite coracoidiene, cu punctul cel mai sensibil pe apofiza coracoidiană ; bolnavii au mişcări de rotaţie limitate. Tendobursita bicipitală se caracterizează prin dureri de-a lungul jgheabului bicipital. Tendinita deltoidiană interesează V-ul deltoidian.

Politendinitele nu reprezintă decît interesarea procesului tendinos în mai multe articulaţii.

Frecvent, mialgiile se însoţesc de tendinite sau peritendinite. dînd tendomiozitele.

b) *Tendomioza* este o tulburare musculo-tendinoasă funcţională, dureroasă, acută sau cronică, fără substrat umoral sau anatomopatologic bine cunoscut. Simptomul principal este durerea musculară şi tendinoasă în legătură cu mişcarea. La unii bolnavi, mişcările sînt blocate din cauza durerilor. Ca şi în paniculoze, tendomiozele sînt însoţite de disestezii şi hiperestezii. Tendomiozele sînt legate mai mult de poliartroze ; sînt exacerbate la frig, umiditate, curenţi de aer şi schimbarea bruscă de temperatură. Sînt activate de factorii profesionali, de climat, de tulburările endocrine şi metabolice. Durerile sînt variabile, adesea persistente, accentuîndu-se după activitate şi diminuînd la repaus : ele pot fi secundare unei afecţiuni vertebrale sau articulare.

Mişcările în articulaţia unui membru interesează muşchii supra- şi subiacenţi. Într-o artroză, muşchii periarticulari supra- şi subiacenţi sînt contractaţi, devenind dureroşi şi dînd sindromul pseudoradicular de origine articulară. Stările articulare iritative se însoţesc adesea de manifestări generale la distanţă. Uneori, durerile musculare, interesînd şi tendoanele (tendomiozele), preced modificările articulare vizibile. Anumite artroze ale membrelor ne dau impresia că ne găsim în faţa unui sindrom pseudoradicular şi nu a unei artroze. Cînd o artroză sau preartroză apare anatomic se manifestă uneori cu dureri pseudoradiculare, cîteodată foarte îndepărtate de articulaţia respectivă. De multe ori, bolnavul se plînge de dureri în umăr, însă cauza

primară este artroza acromio-claviculară. Injecţiile cu hidrocortizon în artroza acromio-claviculară sedează complet durerile periarticulare. Atingerile articulaţiei sterno-claviculare se însoţesc frecvent de dureri în trapez şi în muşchiul sterno-cleidomastoidian. De asemenea, artroza profesională a cotului se însoţeşte de o stare iritativă la distanţă, care interesează muşchii triceps, extensorii degetelor şi ai mîinii, mai rar flexorii. La fel artroza carpo-metacarpiană a degetului mare (rizartroza) dă dureri cu iradieri de-a lungul radialului, cu punct de plecare articulaţia metacarpo-falangiană a policelui. Artroza coxofemurală dă tendomioza muşchilor fesieri şi adductori. În artrozele genunchiului poate să apară mai frecvent o tendomioză a cvadricepsului crural.

Medicii ignorează adesea că durerile lombare şi ale gambelor sînt datorite uneori unor stări iritative ale ţesuturilor moi ale simfizei pubiene. Cîteodată, bolnavii se plîng de sciatalgie, cu iradieri în fesa şi muşchii ischio-crurali ; la examinare găsim o durere vie la presiune pe simfiza pubiană, care are drept consecinţă contractura muşchilor fesieri şi ischiocrurali. Simptomatologia clinică este asemănătoare unei sciatice. Durerile apar acut sau lent şi recidivează graţie modificărilor vasomotorii ocazionate de tulburările ciclului menstrual şi tulburările meteorologice. Femeile se plîng mai frecvent decît bărbaţii de lombalgii difuze cu iradieri în coaste şi în regiunile inghinale.

Tendinoza prezintă deci manifestări patologice funcţionale musculare prin mecanisme reflexe nervoase, avînd ca punct de plecare articulaţia supra- şi subiacentă. Terapeutica tendomiozelor trebuie să se adreseze întîi cauzei primare, adică articulaţiei iritate, care, tratată, influenţează favorabil şi tendomiozele. Masajul, gimnastica, reabilitarea, fizio- şi balneoterapia, prescrise judicios, completează tratamentul.

3. Periartritele simple sau complicate

Uneori, politendinitele şi politendosinovitele se localizează la una din articulaţii, dînd periartrite. Printre cele mai frecvente sînt periartrita scapulo-humerală simplă sau asociată cu sindromul reflex-algodistrofic umăr-mînă. La membrul superior întîlnim şi tendosinovita cronică stenozantă a policelui, boala de Quervain, degetul în resort şi boala Dupuytren. La membrele inferioare întîlnim periatrita coxo-femurală, periartrita genunchiului, periartrita tibio-tarsiană şi boala Ledderhose.

a) *Periartrita scapulo-humerală (P.S.H.)* este cea mai frecventă, deoarece articulaţia scapulo-humerală este înconjurată de

un aparat musculo-ligamentar puternic, aşezat pe un plan muscular profund (muşchii supra- şi subspinoşi, micul rotund, subscapularul şi tendonul lungii porţiuni a bicepsului).

Planul superficial al articulaţiei umărului este format din muşchiul deltoid. Leziunea primară în periartrita scapulo-humerală este în tendonul supraspinosului ; în ceea ce priveşte lunga porţiune a bicepsului se observă tendosinovite frecvente şi ruptura sau luxaţia tendonului din gutiera bicipitală.

Cauzele periartritei scapulo-humerale sînt multiple : traumatismele muşchiului supraspinos, infecţiile, spondiloza cervicală, zona zoster, hemiplegiile, coronaritele şi infarctul miocardic.

P.S.H. poate îmbrăca două forme din punctul de vedere al mecanismului patogenic : 1) forma lezională cu punct de plecare tendonul supraspinosului şi 2) o formă produsă de dezechilibrul neuro-vegetativ, care apare mai ales după hemiplegie, coronarită sau infarct miocardic.

Clinic, P.S.H. se poate prezenta sub formă de : a) umăr dureros ; b) sinovită acută subacromioclaviculară ; c) umăr contractat ; d) umăr blocat.

Uneori, P.S.H. se asociază cu nevralgia cervico-brahială sau cu sindromul umăr-mînă.

La acelaşi bolnav, pe acelaşi membru superior, putem găsi noduli Heberden, noduli Bouchard, rizartroza şi boala Dupuytren.

Umărul dureros corespunde unei leziuni cronice a tendonului supraspinos şi mai rar unei artroze acromio-claviculare sau scapulo-humerale. Întîlnim umăr dureros reflex în stînga în coronarita cronică şi în dreapta în colecistita cronică.

Bursita acută subacromio-claviculară este o inflamaţie acută, care se manifestă prin dureri atroce şi imobilizarea umărului ; are maximum de durere în punctul subacromial. Mai tîrziu, impotenţa funcţională şi durerea se datoresc contracturii musculare; aceasta este faza următoare, de umăr contractat.

Faza a treia de umăr blocat sau *periatrita cronică anchilozantă* se caracterizează prin dureri minime şi limitarea mişcărilor. În această fază, limitarea mişcărilor nu se datoreşte contracturii musculare, ci unei anchiloze fibroase periarticulare. Impotenţa funcţională determină aici şi un grad de atrofie musculară, interesînd mai ales muşchii supra- şi subspinoşi şi în mai mică măsură deltoidul. În această fază se întîlnesc des calcificări periarticulare. Anumite calcificări, puţin dense, nu se văd la radiografie ; alteori găsim o tendinită calcifiantă, interesînd marginea externă a capului humeral. Umerii blocaţi se însoţesc de o capsulită retractilă, care nu este decît o leziune de origine reflexă, declanşată pe cale simpatică, prin afecţiuni situate la

distanță de umăr, mai ales prin coronarite. Tulburările simpatice se pot produce prin capsulita retractilă, blocînd mişcările umărului și producînd leziuni trofice și chiar tulburări vasomotorii ale mîinilor, cu edem, redoare articulară și tendinoasă, dînd o algodistrofie a membrului superior sau sindromul umăr-mînă.

b) *Periartrita șoldului* se observă spre vîrsta de 50 de ani.



Fig. 31. — Periartrită scapulo-humerală.

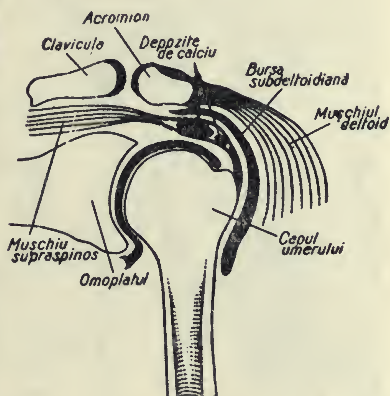


Fig. 32. — Periartrita scapulo-humerală cu depozite de calciu.

Simptomatologia sa se aseamănă cu aceea a unei artropatii cronice a șoldului, manifestîndu-se prin dureri inghino-crurale, mai ales în mers, și limitarea parțială a mişcărilor articulare. Radiologic găsim mici noduli calcificați în apropierea cavității cotiloide, avînd sediu în grosimea ligamentelor peri-articulare, uneori corespunzînd cu bursa seroasă trohanteriană. Putem avea periartrită coxo-femurală, fără leziuni radiologice vizibile. Prognosticul este bun, dînd invalidități mult mai mici decît periartrita scapulo-humerală.

c) *Periartrita genunchiului* interesează locul de inserție a tendoanelor mușchilor, laba de gîscă. Bolnavul simte dureri, mai ales în mers, la flexiunea genunchiului sau prin rotația externă a membrului inferior. Partea internă a genunchiului este ușor edemațiată și dureroasă. La radiografie nu găsim nimic anormal.

4. Sindromul umăr-mînă

Sindromul umăr-mînă, descris de Steinbrocker şi de Ravault, se caracterizează prin impotenţa funcţională dureroasă, tulburări vasomotorii şi trofice. Steinbrocker a descris trei stadii în sindromul umăr-mînă : 1) în primul stadiu predomină durerea, edemul cald, tegumentele sînt roşii sau roz, temperatura locală este mărită, iar indicele oscilometric este crescut · 2) în sta-



Fig. 33. — Sindromul umăr-mînă.

diul al doilea, durerile şi edemul se reduc, tegumentele devin palide şi reci şi apar primele tulburări trofice (osteoporoza şi atrofia pielii, muşchilor şi ţesutului subcutanat) ; 3) în stadiul al treilea, tulburările trofice se accentuează, pielea se subţiază, unghiile devin friabile, iar ţesutul subcutanat se atrofiază. Alteori se poate produce şi retracţia aponevrozei palmare, luînd aspectul bolii Dupuytren.

5. Boala Dupuytren

Boala Dupuytren este o retracţie a aponevrozei palmare, care dă o flexiune permanentă anumitor degete ; ea debutează insidios, fără dureri, prin apariţia a 1—2 noduli în podul pal-

mei, mai ales la baza inelarului sau auricularului. Nodulii, cu timpul, formează o coardă longitudinală, care se retractă puţin, determinînd flexiunea degetelor corespunzătoare.

6. Degetul în resort

Degetul în resort este caracterizat printr-o jenă particulară în mişcările de flexiune şi extensie a unuia sau două degete de la mînă. Extensia degetului este împiedicată de o rezistenţă, pe care bolnavul o învinge după un efort. Degetul în resort este datorit unui nodul pe tendonul extensorului, la nivelul articulaţiei metacarpo-falangiene.

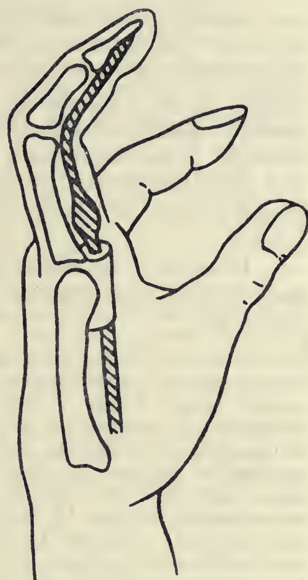


Fig. 34. — Degetul în resort.

7. Boala de Quervain

Tendosinovita cronică stenozantă a policelui, descrisă de De Quervain, este o afecţiune relativ frecventă, care se observă aproape exclusiv la femei după 40 de ani. Ceea ce caracterizează din punct de vedere anatomic tendosinovita cronică stenozantă este o îngroşare şi stenoză a tecii peritendinoase, la locul unde tendoanele lungului adductor şi scurtului extensor al policelui trec pe apofiza stiloidă a radiului în tunelul osteofibros. Bolnavul simte o durere pe apofiza stiloidă, care este tumefiată. Această durere iradiază în sus spre antebraţ şi în jos spre police, exacerbîndu-se la mişcările de extensie şi de abducţie a degetului mare, mai ales la cusut, tricotat, la scris sau la pian.

Evoluţia bolii este cronică, putînd să determine o impotenţă serioasă a degetului mare de la mînă sau chiar a mîinii.

La membrul inferior întîlnim mai rar periatrita şoldului şi a genunchiului.

8. Osteoporoza algică posttraumatică

Osteoporoza algică posttraumatică, descrisă de Sudeck, se întîlneşte mai ales la adulţi, la picior, mai rar la mînă. Se ca-

racterizează prin impotenţă dureroasă, tulburări vasomotorii, însoţite de transpiraţii, edem, cianoză şi tulburări trofice (pielea se subţiază, unghiile devin friabile, ţesutul celular se atrofiază), iar pe radiografie găsim osteoporoză tigrată.

După expunerea unor noţiuni generale asupra reumatismului abarticular (mialgii şi miozite, tendinite, tendosinovite, bursite, peritendinite şi periartrite) vom exemplifica cu cazuri clinice noţiunile amintite.



Clinic, reumatismul abarticular întovărăşeşte reumatismul articular inflamator şi degenerativ. În orice artrită găsim prinse tendoanele, bursele şi muşchii din jurul articulaţiei. De asemenea şi în artroze, spondiloze şi în poliartroze găsim neuromialgii, tendinoze etc. Nu de aceste lucruri ne vom ocupa în acest capitol. Ne vom ocupa de manifestările abarticulare, care nu sînt asociate cu artrite şi artroze. În observaţiile pe care le vom expune vom remarca şi bolile asociate cu reumatismul abarticular.

În cele ce urmează vom prezenta două observaţii : una cu o politendinită inflamatoare, iar alta cu mialgii şi miozite generalizate.

Obs. 50. — Bolnava M. G., în vîrstă de 27 de ani, se internează pentru dureri generalizate în regiunea cefei, regiunea lombară, în fese, umeri, coate. Boala a debutat după o gripă. La examenul obiectiv se constată că articulaţiile nu sînt inflamate, bolnava acuză dureri periarticulare la presiune la locul de inserţie a tendoanelor şi de-a lungul muşchilor, la nivelul cărora se palpează noduli duri şi dureroşi. Bolnava este afebrilă, slăbită, nu are impotenţă funcţională. Durerile se accentuează la frig, la schimbarea de temperatură şi la mişcări. V.S.H. este normală. Nu are un trecut reumatic. Suferă de constipaţie, are o salpingită stîngă reziduală. Face cataruri frecvente, însoţite uneori de traheobronşite. Se pune diagnosticul de politendinite şi neuromialgii postgripale. Se administrează fenilbutazonă, Extraveral, Romergan şi vitamina C ; se recomandă masaj şi periaj uşor pe locurile dureroase, iar mai tîrziu o cură de băi calde la Victoria.

Cazul de faţă este unul din cazurile frecvent întîlnite de politendinite postgripale. Diagnosticul este uşor de pus, avînd în vedere existenţa unei gripe.

Boala nu dă impotenţă funcţională ; prinde numai un tendon la o articulaţie şi produce mialgii difuze cu noduli celulitici. V.S.H. este de obicei normală. Dacă bolnavul este posesorul unor focare infecţioase, acestea se pot activa, explicînd persistenţa durerilor şi mărirea V.S.H. Aceste politendinite sînt hiperalgice. Bolnavii sînt foarte sensibili la schimbarea vremii, dar reacţionează bine la antireumatice (aspirină, piramidon, fenilbutazonă) şi antialergice (Romergan, calciu, vitamina C).

În prima fază, repausul la pat, antireumaticele şi sedativele dau rezultatele cele mai bune.

În a doua fază, balneoterapia caldă completează tratamentul făcut în prima fază. Predispoziţia la recidive se tratează prin helioterapie, ultraviolete generale, vitaminoterapie, gimnastică şi periaj zilnic. Trebuie să tratăm şi focarele care pot contribui la permanentizarea durerilor.

Obs. 51. — Bolnavul C. S., în vîrstă de 65 de ani, avocat suferă de 30 de ani de dureri difuze generalizate în muşchii cefei, membrelor superioare şi inferioare, torace şi regiunea lombară, mai accentuate în umeri şi ceafă.

Boala a debutat după un efort intelectual, cu dureri în ceafă, umeri şi braţe şi mai puţin în membrele inferioare. Durerile erau mai accentuate noaptea, dispăreau aproape complet în timpul zilei şi a ocupaţiei. Examenele de laborator (V.S.H., hemograma, colesterolemia, acidul uric în sînge) nu au prezentat nimic patologic. Examenul radiologic al aparatului locomotor nu a evidenţiat nimic deosebit. Accesul prim s-a vindecat după un repaus psihic şi balneoterapie sedativă. Urmărit în cursul anilor, recidivele s-au produs la bolnavul nostru în urma eforturilor intelectuale, diminuînd la scoaterea din muncă şi după balneoterapie sedativă. Examinat, bolnavul prezintă în plus o spondiloză, dar mai ales fenomene de periostoză, care interesează oasele bazinului. Nu are impotenţă funcţională. Durerile sînt în legătură cu eforturile intelectuale şi sînt mai accentuate în ceafă, umeri şi membrele inferioare. Bolnavul este gras şi are tulburări circulatorii la membrele inferioare. Durerile apar şi noaptea, mai ales la căldură, fiind însoţite de parestezii şi transpiraţii abundente. Uneori, durerile interesează numai o jumătate de corp, mai ales stînga (hemialgii); alteori prind numai umărul stîng sau drept, cu iradieri în hemicraniul stîng sau drept. Acidul uric şi colesterolul în sînge sînt mărite.

Este vorba de un caz tipic de fibrozite generalizate sau neuromialgii cu componentă metabolică la o persoană cu tendinţa la obezitate, cu hiperuricemie şi hipercolesterolemie. Boala s-a accentuat în decursul anilor, asociindu-se cu spondiloză şi poliartroze; îşi menţine totuşi predominenţa abarticulară, interesînd mai mult muşchii, tendoanele şi bursele. Chiar astăzi, după 30 de ani, cînd bolnavul are la examenul radiografic spondiloză şi poliartroze, manifestările clinice predominante sînt fibrozitele, la care s-a adăugat paniculoza gambelor, asociată cu tulburări circulatorii. Bolnavul în prezent suferă de o colită cu tendinţă la constipaţie, care este în legătură cu exacerbarea durerilor reumatice. Durerile reumatice şi tulburările digestive se exacerbează la eforturi intelectuale.

Conduita terapeutică în cazul prezentat este: diminuarea eforturilor intelectuale; regim de slăbire şi de corijare a componentei metabolice (acidul uric, colesterolul); balneoterapie sedativă; masaj, periaj zilnic; antireumatice la nevoie; antialergice; radioterapie antiinflamatoare la punctele dureroase persistente.

Din cele 2 observaţii (politendinită postgripală şi fibrozită generalizată de natură metabolică) se vede că manifestările abarticulare pot îmbrăca forma inflamatoare sau degenerativă. La început, în ambele cazuri, nu am găsit leziuni; în decursul timpului însă, ambii bolnavi au evoluat spre un reumatism degenerativ, cu componentă psihogenă; în al doilea caz a intervenit şi o componentă metabolică. Din punct de vedere anatomopatologic, mialgia şi tendinita s-au transformat în tendomioze, asociindu-se cu poliartroze, care se manifestă clinic prin tendinţa de permanentizare a durerilor.

Bolile asociate (tulburările digestive) întreţin starea dureroasă, iar eforturile intelectuale pot declanşa apariţia simptomelor, aparţinînd atît aparatului locomotor, cît şi tubului digestiv.

Vom expune cîteva cazuri de periartrite ale membrelor superioare şi inferioare cu boli asociate.

Periartrita membrului superior se manifestă sub formă de umăr dureros simplu, bursită, tendinită acută sau umăr anchilozant.

Umărul dureros simplu îl întîlnim mai frecvent după 50 de ani, frecvent bilateral, cu dureri mai accentuate, uneori la dreapta, alteori la stînga.

Obs. 52. — Bolnavul F. I. în vîrstă de 48 de ani, mecanic, vine la consultaţii pentru dureri în ambii umeri, mai accentuate la dreapta. Mişcările articulare sînt libere ; durerile apar mai ales în a doua parte a nopţii sau în timpul zilei, cînd poartă greutăţi sau cînd doarme pe umăr. Durerile iradiază pînă la cot, spre omoplaţi, şi uneori în regiunea cefei şi capului. Radiografia umerilor este normală ; a coloanei cervicale arată o spondiloză cervicală. Bolnavul este un hipertensiv (tensiune arterială 21/11 cm Hg) şi se plînge de insomnii. V.S.H. este normală. Este vorba de un sindrom de umăr dureros bilateral, asociat cu spondiloză cervicală, hipertensiune arterială şi tulburări neuro-vegetative. Ca tratament am recomandat radioterapie în doze sedative (4 şedinţe de 75 r la fiecare umăr şi 4 şedinţe de cîte 50 r pe regiunea cervicală), masaj pe umeri şi ceafă, gimnastică, Hiposerpil, antinevralgice şi o cură balneară la Victoria.

Obs. 53. — Bolnava R. F., în vîrstă de 44 de ani, muncitoare textilistă, se plînge de dureri violente în umărul drept, impotenţă funcţională, stare subfebrilă. Suferă de bronşită tabagică, colecistită cronică cu constipaţie, anexită dreaptă cronică, dureri precordiale. Bolnava afirmă că acuză de mai mulţi ani dureri în umăr, care apar mai ales cînd poartă greutăţi. Durerile actuale au apărut după un catar traheobronşic. La examenul obiectiv se remarcă : o sensibilitate accentuată în regiunea bursei subacromio-claviculare (care este fluctuentă) şi o stare subfebrilă. Se pune diagnosticul de bursită acută, traheobronşită acută, colecistită cronică, stare subfebrilă, nevroză cardiacă. Se recomandă repaus complet, cu mîna în abducţie, introducîndu-se în axilă o pernă. Se fac injecţii locale cu xilină şi hidrocortizon, se aplică comprese reci pe umăr şi se recomandă antialergice (Romergan), amidopirină şi antibiotice. În urma acestui tratament, fenomenele locale se amendează, temperatura scade, bolnava rămînînd însă cu umărul contractat, cu impotenţă parţială. Se indică radioterapie (4 şedinţe a 50 r zilnic şi 2 şedinţe a 100 r la 2 zile), după care durerile diminuează foarte mult, iar mişcările devin posibile. Bolnava este sfătuită să înceapă mişcări ; întîi mişcări pasive, apoi active. S-a prescris, mai tîrziu, o cură balneară caldă la Victoria, Mangalia sau Herculane. S-a indicat suprimarea tutunului, un regim hepato-digestiv şi un tratament adecvat pentru bolile asociate (bronşita, colecistita şi colita cu constipaţie).

Obs. 54. — Bolnava C. S., în vîrstă de 53 de ani, se prezintă la consultaţie pentru dureri în umărul drept, impotenţă funcţională, tulburări neuro-vegetative, insomnii, palpitaţii, cefalee, dureri în ceafă cu iradieri în hemitoracele drept. Afirmă că boala a început cu 1 an înainte, prin dureri vii, care au diminuat cu timpul în intensi-

tate, dar impotenţa s-a accentuat. Radiografia umărului arată calcificări paraarticulare, iar la nivelul coloanei cervicale o spondiloză (C_5—C_7). Muşchii umărului sînt puţin sensibili şi atrofiaţi. Bolnavei i s-au prescris aplicaţii de parafină, analgezice, sedative, masaj, gimnastică şi i s-a indicat o cură balneară la Victoria.

Obs. 55. — Bolnavul F. N., în vîrstă de 59 de ani, funcţionar, acuză dureri uşoare în umărul stîng, cu impotenţă funcţională, insomnii, dispnee de efort. Este hipertensiv şi afirmă că a avut în urmă cu 3 luni un infarct miocardic, după care a rămas cu impotenţă funcţională şi dureri în umărul stîng, cu iradieri în tot hemitoracele stîng, regiunea occipitală şi membrul superior stîng. Ca tratament s-a recomandat masaj, kineziterapie uşoară, ionizări cu clorură de calciu, antialgice şi vasodilatatoare.

Este deci vorba de o P.S.H. vasomotorie după infarct miocardic. Balneoterapia aici este contraindicată, iar fizioterapia se face cu prudenţă. În acelaşi timp s-a recomandat şi tratarea bolilor asociate (insuficienţă coronariană, tulburări neuro-vegetative şi hipertensiune arterială).

Cele 4 observaţii prezentate (umăr dureros simplu, periartrita scapulo-humerală acută, umărul blocat după periartrita acută şi umăr blocat după infarct miocardic) reprezintă cele mai frecvente forme de periartrită, pe care le întîlnim.

P.S.H. se asociază cel mai des cu spondiloza cervicală, hipertensiunea arterială, insuficienţa coronariană, sechelele după infarct miocardic, colecistita şi colita cronică, nevralgia cervico-brahială şi occipitală, tulburările neuro-vegetative etc.

Înainte de a prescrie tratamentul unui umăr dureros este necesar să stabilim un diagnostic precis. Trebuie să examinăm umărul, căutînd să precizăm locul durerii prin palpare şi prin mişcări active sau pasive, să facem radiografia umărului şi a coloanei cervico-dorsale.

De cele mai multe ori, umerii dureroşi şi umerii blocaţi sînt legaţi de leziuni inflamatoare şi degenerative, interesînd tendoanele, tecile tendinoase şi bursele seroase, care înconjură umărul. În toate aceste cazuri este necesar să precizăm mai întîi că nu este vorba de o afecţiune nereumatică : tuberculoza umărului, tumorile osoase (mai ales cancerul metastatic) sau anumite afecţiuni traumatice ale umărului (luxaţie, mai ales posterioară, fracturi ale tuberozităţii sau colului humeral sau rupturi traumatice în tendoanele rotatorilor). De asemenea trebuie să vedem dacă nu sîntem în faţa anumitor afecţiuni parahumerale (de exemplu, artroza acromio-claviculară).

Cînd ambii umeri sînt interesaţi şi este vorba de o formă cronică sîntem în faţa unui umăr dureros simplu bilateral prin tendinită cronică, a unei omartroze duble sau a unor artroze acromio-claviculare.

Sindromul de umăr dureros se poate întîlni în boala Bouillaud-Sokolski, P.C.E. şi S.A. La bătrîni, prinderea umeri-

lor o întîlnim în pseudoartrita rizomelică descrisă de Forestier şi Certonciny. Această afecţiune se caracterizează prin dureri vii în ambii umeri şi în coloana cervicală, redoare accentuată şi imagini radiologice fie normale, fie cu un proces de osteoporoză uşoară, V.S.H. foarte accelerată. Boala prinde uneori şi centura pelviană. Ea începe brusc, cîteodată febril, evoluează subacut, vindecîndu-se între 6 luni şi 2 ani ; reacţionează pozitiv la corticoterapie.

Uneori, omartroza apare după o osteocondrită disecantă sau în cadrul bolii chesoanelor (ca urmare a necrozei osoase de origine ischemică, provocată de dezordinile barotraumatice). Există omartroze asociate cu ostecondromatoze ; putem totuşi deosebi relativ uşor condrofitele calcificate, diseminate la întîmplare, de calcificările juxta-articulare din P.S.H., care în plus sînt lipsite de osteofitoză, condensaţie subcondrală sau pensarea interliniei articulare.

În afară de tendinita supraspinosului, în P.S.H. întîlnim : 1) tendinita de inserţie a muşchiului coracobrahial, caracterizată prin dureri pe faţa anterioară a umărului ; 2) tendinita de inserţie a muşchiului subcapsular, pe mica tuberozitate, caracterizîndu-se prin limitarea mai accentuată a rotaţiei externe a umărului ; 3) tendosinovita lungii porţiuni a bicepsului, cu dureri în regiunea intertuberozitară ; 4) tendinita de inserţie a deltoidului, cu dureri pe faţa externă la nivelul V-lui deltoidian ; 5) ruptura tendonului supraspinosului (parţială sau completă). În caz de ruptură după un efort apar brusc dureri în umăr, impotenţă funcţională totală, cracmente, ridicarea capului humeral şi alunecarea sa sub bolta acromială, atunci cînd se face o abducţie a braţului cu rotaţie externă avînd o greutate în mînă ; 6) forma inferioară de tendinită (glenoidiană) a sportivilor interesează inserţia tricepsului pe polul inferior a glenoidei ; aici, durerile sînt localizate mai ales în partea posterioară a umărului.

Dintre formele de umăr dureros mai putem aminti şi umărul hiperalgic cu depozite calcare preexistente, care a evoluat pînă la un moment dat asimptomatic şi care este caracterizat prin apariţia bruscă a durerilor violente şi blocaj complet. Este foarte rebel la tratamente, impunînd adesea intervenţia chirurgicală.

Umărul dureros este un sindrom frecvent, produs de cauze multiple : reumatismale, infecţioase, degenerative, metabolice, vasculare, distrofice, tumorale etc.

P.S.H. reprezintă 80% din afecţiunile umărului. Este important a se face deosebirea între P.S.H. localizată şi P.S.H. globală sau neurogenă, deoarece fiecare necesită un alt tratament. Această afecţiune se asociază frecvent cu spondiloza cervico-dor-

sală, tuberculoza pulmonară cronică de aceeaşi parte, cu afecţiuni cardio-aortice, hepato-colecistice, neurologice, care trebuie tratate simultan.

Uneori putem întîlni P.S.H. în cursul hipertiroidiei (bolnavul prezintă tahicardie, tremor digital, scăderea în greutate, iar metabolismul bazal este crescut). În acest caz, tratamentul se va adresa şi hipertiroidiei (antitiroidiene de sinteză).

Obs. 56. — Bolnavul M. E., în vîrstă de 48 de ani, brutar, consultă pentru dureri în şoldul stîng şi în regiunea inghinală pînă la pubis, cu mişcări limitate. Durerile iradiază pînă în genunchi, se accentuează la mers şi mai ales la mişcările de rotaţie externă, de abducţie şi la palpare. Radiografia articulaţiei coxo-femurale stîngi este normală, dar paraarticular se remarcă depozite calcare. Bolnavul are dureri şi în planta piciorului stîng, mai ales la mers. La examenul piciorului stîng, fascia plantară pe regiunea mediană este indurată şi îngroşată. Boala a debutat în urmă cu 3 luni, după un traumatism al şoldului stîng. Bolnavul este obez, are hipertensiune arterială (20/11 cm Hg), hiperuricemie (0,06 g‰) şi hipercolesterolemie (3,20 g‰). Este vorba de o periartrită coxo-femurală stîngă, asociată cu boala Ledderhose, hipertensiune arterială şi tulburări metabolice cu obezitate. Se face radioterapie (400 r în regiunea coxo-femurală stîngă în 4 şedinţe şi 600 r pe planta piciorului stîng) ; se recomandă un regim de slăbire şi antigutos ; se dă Hiposerpil şi aspirină la nevoie.

Periartrita coxo-femurală este mai rară, îmbrăcînd forma calcifiantă şi necalcifiantă. Cauzele ei sînt : traumatismele, malformaţiile congenitale sau dobîndite şi tulburările statice.

Periartrita coxo-femurală calcifiantă survine mai ales după un traumatism cu debut brusc în regiunea marelui trohanter şi în fese, cu iradieri de-a lungul sciaticului. La presiune, durerile sînt mai ales retrotrohanteriene, fără edem şi induraţie locală. La radiografie găsim calcificări în afara articulaţiei deasupra colului femural, în vecinătatea trohanterului. Boala apare frecvent la hiperuricemici şi hipercolesterolemici, cu o viaţă sedentară şi cu tendinţa la obezitate. Se poate confunda cu artroza coxo-femurală, în care mişcările sînt dureroase, dar nu limitate, iar prognosticul este benign. Putem întîlni însă şi periartrite coxo-femurale asociate cu coxoze ; în aceste cazuri, prognosticul este mai rezervat.

Periartritele necalcificate ale şoldului sînt stări dureroase uşoare, evoluînd prin puseuri, influenţate de oboseală şi de variaţii meteorologice. Aici mişcările nu sînt limitate ; rotaţia este păstrată, iar durerile vii apar numai la mişcări bruşte. Radiografia articulaţiei coxo-femurale este negativă. Uneori, periartrita este localizată numai peritrohanterian şi în acest caz se manifestă prin dureri peritrohanteriene la mişcări şi palpare ; la radiografie găsim suprafaţa trohanteriană neregulată, corespunzînd osificării tendoanelor la locul de inserţie.

Rar întîlnim șold în resort, caracterizat prin apariția în cursul mișcărilor coapsei a unei senzații de resort cu declanșare bruscă la nivelul trohanterului. Durerile la început lipsesc, apărînd mult mai tardiv și fiind de o intensitate mică. Radiografia este negativă ; cîteodată apare o ușoară proeminență în regiunea trohanteriană.

Șoldul în resort este produs de agățarea părții superioare a fasciei late de marele trohanter. Afecțiunea apare mai ales la persoanele cu *coxa plana* sau *coxa vara*, după traumatisme, și lasă după ea trohanterite sau bursite.

Periartritele genunchiului se localizează mai ales pe fața internă, la nivelul labei de gîscă, însoțindu-se de dureri spontane și la mers. Flexiunea și rotația externă a genunchiului dau dureri accentuate.

La picior, talalgia retrocalcaneană și subcalcaneană, fascita plantară și retracția aponevrozei plantare (boala Ledderhose) sînt cele mai frecvente manifestări periarticulare ale piciorului. Se tratează la fel ca și periartrita coxo-femurală, prin radioterapie, balneoterapie și mișcări.

9. Algodistrofiile și bolile asociate

Algodistrofiile simpatice reflexe interesează mai mult membrele superioare, dînd sindromul umăr-mînă cu boli asociate. Asocierile pot fi cu spondiloză cervicală, periartrită scapulohumerală, nevralgie cervico-brahială, hipertensiune arterială, insuficiență coronariană și tulburări neuro-vegetative. În sindromul umăr-mînă apar mai frecvent dureri în umăr, apoi în mînă și pumn, unde se formează un edem difuz, care nu face godeu, iar pielea este întinsă, roșie și subțiată, după cum vom vedea în cazul pe care îl vom expune la observația 57.

Obs. 57. — Bolnavul B. L., în vîrstă de 63 de ani, pensionar, remarcă apariția bruscă a unei zona zoster la brațul drept, după care treptat brațul devine din ce în ce mai dureros ; durerile se întind și la mînă, care se edemațiază progresiv, constituindu-se un sindrom umăr-mînă, caracterizat prin dureri, impotență funcțională, edem, piele caldă și subțiată. Capilaroscopia arată capilare dilatate și o stază venoasă. Degetele mîinii drepte sînt în flexiune permanentă. La radiografie se remarcă semne de spondiloză cervicală și uncartroză, mai ales la C_5—C_7, osteoporoză pătată la umăr și la mînă. Bolnavul are hipertensiune arterială și insomnii.

Acest sindrom a apărut după zona zoster, avînd o evoluție lentă, însă progresivă. Prin administrarea de hidrocortizon local, Griseofulvină (1,5 g zilnic), analgezice și sedative, durerile au diminuat mult, iar edemul a regresat în parte.

Griseofulvina este un antibiotic antifungic, cunoscut în dermatologie prin efectul său terapeutic în afecțiunile micozice. Acțiunea

cea mai pregnantă a Griseofulvinei este asupra elementului dureros. Efectul său este antiinflamator, fiind medicaţia de elecţie în tulburările simpatice. Bolnavii simt o sedare a durerilor din umăr şi mînă, iar tulburările simpatice ale mîinii regresează. Acţiunea este cu atît mai promptă, cu cît afecţiunea este mai recentă, mai dureroasă şi mai puţin anchilozantă. Se pare că proprietatea ei antiinfla-



Fig. 35. — Algodistrofie a mîinii la un bolnav cu tuberculoză pulmonară.

matoare este analogă cu cea a Colhicinei, acţionînd asupra tropismului vascular. Uneori algodistofiile apar după afecţiuni cardiace (miocardite, infarct miocardic, pericardită exsudativă).

Obs. 58. — Bolnavul A. M., în vîrstă de 51 de ani, contabil, remarcă la 10 zile după o criză de angină pectorală apariţia unor dureri în umărul stîng, care se blochează complet. După cîtva timp, afecţiunea a prins şi mîna de aceeaşi parte.

Într-un alt caz, la o lună după infarct miocardic, s-a constituit un sindrom umăr-mînă stîngă tipic.

Alteori, cauza declanşării este un traumatism, după cum arată cazul din observaţia 59.

Obs. 59. — Bolnavul M. L., în vîrstă de 62 de ani, în urma unei căzături a făcut o hernie de disc C_4—C_5, concomitent cu o tetrapareză. A fost internat într-un serviciu de ortopedie, unde, operat şi imobi-

lizat, starea s-a ameliorat. După cîteva luni apare un sindrom umăr-mînă dublu care la prima vedere se poate confunda cu o P.C.E. forma ectosimpatozică. Tulburările au cedat în bună măsură la galvanizări, ionizări transorbitale şi pe regiunea sino-carotidiană cu clorură de calciu, curenţi diadinamici, băi galvanice. În continuare s-a indicat o cură balneară la Victoria.

Alteori, sindromul umăr-mînă se poate asocia atît cu boala Dupuytren, cît şi cu boala Ledderhose. La tratament trebuie adăugat în aceste cazuri şi radioterapie pe regiunea palmară şi plantară.

Sindromul umăr-mînă în stadiul I se caracterizează prin dureri, edem cald, piele de culoare roz, temperatură locală mărită şi indicele oscilometric crescut. În acest stadiu este contraindicată termoterapia. Griseofulvina, injecţiile intraarteriale cu xilină şi fenilbutazona sau corticoterapia dau rezultatele cele mai bune.

În stadiul al II-lea durerile şi edemul se reduc, tegumentele sînt palide şi reci şi apar primele tulburări trofice (osteoporoza se accentuează, iar ţesutul subcutanat şi muşchii se atrofiază). În această fază, ionizările, curenţii diadinamici, masajul uşor de la extremităţi spre centru şi mişcările pasive şi active dau rezultatele cele mai bune.

În stadiul al III-lea asistăm la accentuarea tulburărilor trofice, care interesează treptat toate ţesuturile ; pielea se subţiază, unghiile devin friabile, ţesutul subcutanat se atrofiază, osteoporoza tigrată se măreşte ; uneori se asociază şi retracţia aponevrotică, tip Dupuytren. În acest stadiu, fizioterapia congestivă, ultrasunetele şi masajul cu gimnastică în apă sînt procedurile cele mai indicate.

În alte cazuri, după apariţia sindromului umăr-mînă, bolnavii acuză dureri intermitente, parestezii, transpiraţii, senzaţii de arsură pe întreaga jumătate stîngă a corpului. Alteori, sindromul umăr-mînă se însoţeşte de dureri, tulburări vasomotorii şi trofice la membrele inferioare ; adesea, el se asociază şi cu o periartrită calcificantă coxo-femurală ; astfel este descris sindromul picior-şold cu periartrita calcificantă a şoldului. Ravault a descris cazuri de osteoporoză algică esenţială a piciorului sau piciorul decalcificat dureros idiopatic, mai frecvent întîlnit la bărbaţi între 40 şi 50 de ani, cu debut brusc, evoluţie progresivă, dureri în mers, care cedează la repaus şi se vindecă tardiv.

Noi am descris şi publicat, în afară de sindromul hemialgic algodistrofic, şi un sindrom algodistrofic lombosciatic, care apare mai frecvent ca sechelă după operaţia de hernie de disc.

Am întîlnit sindrom algodistrofic al membrelor inferioare după un gips ţinut un timp îndelungat pentru o presupusă tuberculoză osoasă.

Obs. 60. — Bolnavul T. I., în vîrstă de 17 ani, a venit la consultaţii pentru anchiloza dureroasă a articulaţiei tibio-tarsiene, a genunchilor şi a articulaţiilor coxofemurale. Durerile erau accentuate mai mult la extremităţi, bolnavul neputînd pune piciorul pe pămînt din cauza sensibilităţii plantare. La examenul obiectiv se constată că pielea este atrofiată, sensibilă la palpare, iar la radiografie se evidenţiază osteoporoză sticloasă.

Obs. 61. — Bolnava M. S., în vîrstă de 34 de ani, funcţionară, consultă pentru dureri şi edem al membrului superior drept. Suferă de transpiraţii profuze, are piele sticloasă (*glossy skin*), tulburări neuro-vegetative, osteoporoză tigrată avansată, iar degetele mîinii drepte sînt contractate în flexiune. După 2 luni apare un tablou asemănător la membrul superior stîng, după 10 luni la membrul inferior stîng, iar după alte 2 luni la membrul inferior drept, cu o impotenţă funcţională parţială. Bolnava suferă de depresiune psihică; nu prezintă semne de inflamaţie, ci de tulburări neurotrofice cu decalcificări osoase accentuate. V.S.H. este normală, radiografia coloanei vertebrale nu arată nimic patologic. Bolnavul nu a avut nici un traumatism în antecedente.

Tratamentul a dat numai ameliorări trecătoare. Cazul de faţă putem să-l etichetăm ca o algodistrofie idiopatică a membrelor superioare şi inferioare, singurul descris pînă acum în literatură.

Alteori, algodistrofia interesează o singură articulaţie. Sudeck a descris sindromul său la articulaţia tibio-tarsiană, fiind caracterizat prin dureri, impotenţă funcţională, atrofia ţesuturilor moi, transpiraţii, osteoporoză tigrată şi tulburări psihice. Sindromul Sudeck cu aceleaşi caractere putem să-l întîlnim şi în articulaţia umărului. Acest sindrom apare după un traumatism, evoluînd lent. Diagnosticul diferenţial se face cu flegmonul cronic al piciorului, guta tibio-tarsiană, artrita cronică gonococică sau stafilococică şi tuberculoza osteo-articulară.

Am întîlnit cazuri de sindrom Sudeck-Leriche, cantonate la oasele carpului, realizînd aspecte clinice şi radiologice foarte apropiate de sindromul umăr-mînă, avînd manifestări accentuate neuro-vegetative.

Am întîlnit de asemenea şi alte forme de sindrom umăr-mînă: forma bilaterală, forma incompletă cu atingere izolată a umărului sau a mîinii, forma în care predomină amiotrofia, forma în care predomină tulburările motorii, forma extenso-progresivă.

În ceea ce priveşte etiologia sindromului umăr-mînă se pare că spondiloza cervicală joacă un rol determinant, contestat însă de unii. Se poate asocia cu nevralgia cervico-brahială, periartrita scapulo-humerală, boala Dupuytren şi Ledderhose, angina de piept, sindromul Barré-Liéou, sindromul Gutzeit, Raynaud, torticolis spastic. Uneori întîlnim sindromul umăr-mînă asociat şi cu boala Peyronie (induraţia corpilor cavernoşi ai penisului).

La prima vedere, sindromul algodistrofic bilateral se poate confunda cu sclerodermia incipientă, cu cauzalgia (care apare

după rănire), cu amiotrofia spinală traumatică descrisă de Lhermitte sau cu sindromul Babinski-Froment. Etiopatogenia algodistrofiilor nu este complet elucidată ; se pare că terenul individual joacă un rol important.

Polimorfismul clinic al acestor simptome este condiţionat de gradul difuziunii tulburărilor simpatice.

Tratamentul trebuie să fie complex (medicamentos, fizio- şi balneoterapic) şi în funcţie de stadiul afecţiunii. Astfel vom socoti ca tratamente de bază : Griseofulvina, infiltraţiile cu novocaină ale ganglionului stelat, corticoterapia şi injecţiile intraarteriale cu xilină. Nu vom neglija de asemenea psihoterapia şi urmărirea bolnavilor timp îndelungat. În ciuda tratamentului făcut în 30% din cazuri nu se obţin rezultate.

Uneori, sindromul umăr-mînă prinde şi canalul carpian. S-a descris sindromul canalului carpian, asociat cu acroparestezii. Injecţiile cu hidrocortizon în canalul carpian şi uneori secţiunea ligamentului inelar al carpului dau rezultate bune.

Ca manifestări extraarticulare ale reumatismului la mînă notăm şi tenosinovita cronică stenozantă sau boala De Quervain, interesînd tendoanele lungului adductor şi scurtului extensor al policelui. Apare mai frecvent la femei după 40 de ani, după cum ne arată cazul din observaţia 62.

Obs. 62. — Bolnava S. I., în vîrstă de 43 de ani, funcţionară-dactilografă, consultă pentru dureri şi tumefacţie neinflamatoare a policelui drept, cu iradieri pe faţa antero-externă a antebraţului. A observat aceste dureri pe faţa dorsală a policelui de 1 an. Durerile se exacerbează prin mişcări şi uneori noaptea. Radiografia nu evidenţiază nimic patologic. Tratament : repaus, imobilizare într-un aparat gipsat, hidrocortizon local în faza acută. În formele cronice, radioterapia dă rezultate bune. În caz de eşec se face tratament chirurgical, care constă în secţionarea tecii fibroase, care eliberează tendonul.

Degetul în resort apare mai frecvent după 40 de ani, la unul sau două degete ale mîinii — index sau mediu — formîndu-se un blocaj parţial la mişcările în flexiune şi extensie, care după efort cedează brusc. Iată un caz care ilustrează această afecţiune :

Obs. 63. — Bolnavul M. I., în vîrstă de 64 de ani, vine la consultaţie pentru dureri în regiunea digito-palmară a indexului şi mediusului la mîna dreaptă, dureri mai accentuate la flexiune şi extensie, care este împiedicată. La palpare simţim o nodozitate, de mărimea unui bob mic de fasole, pe tendonul flexorului, înaintea articulaţiei metacarpo-falangiene. Acest nodul împiedică tendonul să pătrundă în teaca fibroasă ; învingerea acestei piedici dă senzaţia de resort. Injecţiile cu hidrocortizon dau frecvent rezultate bune, dar uneori este nevoie de secţionarea tecii fibroase.

Din cele de mai sus se constată multiplele manifestări ale reumatismului abarticular, care necesită un diagnostic precis şi un tratament complex şi individualizat.

10. Nevralgii şi nevrite

În al doilea subcapitol al reumatismului abarticular tratăm nevralgiile şi nevritele. După o descriere generală şi sumară a acestor afecţiuni vom ilustra, cu prezentarea cîtorva observaţii clinice, formele mai frecvent întîlnite, care apar fie singure, fie în asociere cu alte boli.

Clinic, o *nevralgie* se manifestă ca o durere, de intensitate variabilă, continuă sau intermitentă, cu localizare într-un anumit teritoriu. Ea apare în urma iritației rădăcinii, ganglionului, trunchiului sau ramurilor nervului.

Etiologic, nevralgiile se pot împărţi în primare sau esenţiale, secundare sau simptomatice. Unele nevralgii sînt manifestări secundare ale unor afecţiuni nervoase, osoase, vasculare etc. Ele arată existenţa acestor afecţiuni, necesitînd tratamentul bolii de bază, simptomul algic constituind o preocupare terapeutică secundară. Alte nevralgii constituie simptomul principal de debut, care trebuie tratat cu perseverenţă de la început. Multe dintre aceste algii sînt legate de leziuni osteo-articulare sau de origine reumatismală. Sînt unele nevralgii a căror etiologie ne scapă ; acestea le numim nevralgii esenţiale sau primare.

În faţa unui bolnav, care vine pentru o nevralgie, trebuie să precizăm : care este topografia precisă a ei, care sînt caracterele acestei nevralgii şi dacă este vorba de o nevralgie primară sau una simptomatică ? ; cum trebuie tratată această afecţiune ?

În funcţie de incidenţa lor există nevralgii care se întîlnesc destul de frecvent şi altele care se întîlnesc rar. Cele mai frecvente sînt : nevralgiile sciatice, cervico-brahiale, ale trigemenului, cervico-occipitale, intercostale, cruralgiile, coccigodiniile ; mai puţin frecvente sînt nevralgiile gloso-faringiene, lombo-abdominale, obturatoare, nevralgiile care apar la amputaţii, nevralgiile postzosteriene, tabetice, talamice, siringomielice, nevralgiile din scleroza în plăci etc.

a) Nevralgia trigemenului

Nevralgia trigemenului poate să fie secundară unor leziuni diverse, dar de cele mai deseori etiologia ei ne scapă. După Klinge, nevralgia trigemenului ar fi datorită alteraţiilor pereţilor

vasculari perineurali, iar după Junghaus, infiltraţiilor difuze, plasmo- şi limfocitare ale pereţilor vasculari perineurali şi ale ganglionului Gasser.

Durerile sînt localizate în teritoriul nervului trigemen, prezentînd iradieri oculare, retrooculare, frontale, palpebrale inferioare, lateronazale, labiale superioare şi întinzîndu-se spre obraz şi ureche. Mai rar durerile apar în teritoriul maxilarului inferior, la nivelul buzei inferioare, al bărbii şi de-a lungul mandibulei.

Durerile sînt bruşte sau insidioase. În cazuri cronice sînt continue, iar cîteodată foarte tenace. Alteori apar sub formă de salve care durează cîteva secunde, bolnavul fiind imobilizat prin intensitatea acută şi fulgerătoare a durerii. Accesul se termină brusc, aşa cum s-a şi instalat. Ritmul crizelor dureroase este variabil ; uneori, accesele sînt grupate, separate de perioade de remisiuni variabile ; alteori se repetă la interval de 4—5 minute, numărul acceselor într-o noapte putînd să depăşească o duzină. Mai frecvente sînt nevralgiile ramurilor II şi III (infraorbitale şi mentoniere) decît ale primei ramuri (supraorbitale).

De multe ori, factorii infecţioşi sînt factorii etiologici ai nevralgiei trigemenului, mai ales ai ramurii supraorbitale. Nevralgiile bilaterale sînt de natură luetică. Procese morbide locale (boli ale dinţilor, maxilarelor, sinusurilor, ale bazei craniului, tumorile şi abcesele intracraniene, neurinoamele trigemenului, scleroza în plăci, procesele meningiene cronice) pot fi cauzele nevralgiei trigemenului. Apar mai frecvent între 50 şi 60 de ani. Cauzele care declanşează accesul sînt : masticaţia, vorba, spălatul şi rasul feţei. Există o zonă electivă, a cărei excitaţie poate declanşa criza. Bolnavul cunoaşte în general zona sa sensibilă şi o protejează ; uneori, însă, zona sensibilă nu corespunde punctului de plecare a durerii. Este de reţinut că, după accesul dureros, excitaţia acestui punct zonal nu declanşează nici o durere.

Examenul obiectiv în nevralgiile esenţiale este negativ ; nu găsim nici o modificare de sensibilitate facială şi corneană de aceeaşi parte.

Evoluţia este variabilă de la un bolnav la altul ; uneori mai intensă, alteori mai puţin intensă.

Nevralgia trigemenului poate îmbrăca diferite forme : a) formă continuă cu o senzaţie de arsură, la care, din cînd în cînd, apar dureri violente. Fondul algic continuu poate să fie primar sau să apară în cursul evoluţiei unei nevralgii trigeminale tipice ; b) nevralgia însoţită de tulburări vaso-motorii şi secretoare, mai ales roşeaţa feţei, hidroree nazală şi eritem conjunctival, este rară ; alteori, durerile cuprind jumătatea infe-

rioară a feţei, difuzînd spre gît sau umăr, însoţite de hidroree şi lăcrimare. Sluder atribuie acest sindrom unei nevralgii a ganglionului sfeno-palatin ; prin cocainizarea acestui ganglion suprimăm brusc simptomele ; c) alteori, durerile interesează regiunea nazală, intra- şi retrooculară, şi iradiază spre tîmple şi maxilare ; durerile se însoţesc de hidroree unilaterală abundentă. Găsim uneori o irită sau un ulcer pe cornee ; în acest sindrom se incriminează interesarea nervului nazal ; d) alteori, durerile sînt retrooculare, iradiind spre regiunea occipitală şi asociindu-se cu transpiraţie hemifacială ; aceste forme sînt cauzate adeseori de leziuni oculare, dentare, sinuzale sau de leziuni osoase şi vasculare posttraumatice, care irită ramurile periferice ale trigemenului. Anestezia ganglionului sfeno-palatin prin atingere cu lichid Bonain dă cîteodată rezultate bune ; e) uneori, nevralgiile trigeminale sînt produse de leziunile ganglionului Gasser, ale trunchiului nervului trigemen, ale nucleului protuberanţial sau ale căilor senzitive de la nivelul talamusului. Caracterul acestor nevralgii este variabil, manifestîndu-se fie sub formă de crize, fie sub formă de dureri continue. O paralizie oculomotorie, asociată cu o nevralgie trigeminală este suspectă de o tumoare a etajului mijlociu sau de un anevrism carotidian. O pareză facială însoţită de hipoacuzie, vertij sau zgomote în urechi este suspectă de un neurinom, de un meningeom al unghiului pontocerebelos sau de arahnoidita acestor regiuni.

Diagnosticul diferenţial se face cu cefaleile şi nevralgiile craniene, gloso-faringiene sau din zona ganglionului geniculat.

Tratamentul, în afară de antinevralgice, constă în termo-, radio- şi radiumterapie, injecţii cu novocaină sau alcool 50%, în ganglionul Gasser. În cazuri rebele recurgem la intervenţii neurochirurgicale. Printre medicamentele sedative şi depresive ale sistemului nervos se utilizează aconitina în granule de 1/10 mg, în doză de 3—6 granule în cursul zilei ; se mai utilizează hidantoinele (Dyhydan, Thiomedan etc.). De asemenea, cloropromazina (Largactil, Delazin) şi stilbamidina se întrebuinţează adeseori cu rezultate bune ; la fel acetilcolina în injecţii intravenoase sau intramusculare de 0,20 g pot suprima uneori durerea. Nu trebuie neglijat nici efectul antalgic al calciterapiei, corticoterapiei şi vitaminoterapiei.

În primul moment trebuie făcut tratamentul medical sau infiltraţiile periferice. Alcoolizarea ramurilor periferice la nivelul găurilor supraorbitale sau mentoniere dă cîteodată acalmii prelungite sau chiar vindecări. Tratamentul chirurgical, făcut după eşecul tratamentelor medicale (alcoolizarea ganglionului Gasser sau neurotomia neurogasseriană), are şi inconveniente.

Obs. 64. — Bolnavul R.P., în vîrstă de 52 de ani, suferă de dureri continue, localizate pe hemifaţa dreaptă, în teritoriul nervului trigemen. Durerile prind regiunea oculară, palpebrală inferioară, iradiind spre obraz şi ureche. Bolnavul acuză două feluri de dureri : o durere surdă, continuă a hemifeţei drepte şi accese bruşte de dureri violente, de durată de cîteva secunde, interesînd hemifaţa corespunzătoare. Crizele dureroase sînt grupate în accese cu remisiuni prelungite. Aceste crize sînt declanşate prin masticaţie sau vorbire. Examinat, bolnavul prezintă o sensibilitate dureroasă la emergenţa maxilarului superior. În plus, bolnavul are o veche bronşită tabagică, multiple carii dentare, o boală hipertensivă, o insuficienţă coronariană cronică, o colecistită cronică, constipaţie, insomnii. La examenul de laborator se constată : V.S.H. 34/65 mm, hipercolesterolemie (3,20 g‰), hiperuricemie (0,07 g‰), reacţiile Takata-Ara şi Gross pozitive. Examenul radiologic remarcă o hipertrofie a ventriculului stîng, prezenţa a 3 granuloame dentare şi semnele unei spondiloze cervicale. Bolnavul a făcut diferite tratamente, fără nici o ameliorare.

Diagnostic : nevralgia trigemenului (interesînd ramura superioară), hipertensiune arterială, insuficienţă coronariană, tulburări metabolice (hipercolesterolemie, hiperuricemie), infecţii de focar dentare, colecistită cronică, bronşită cronică tabagică, constipaţie, tulburări neuro-vegetative.

Tratament : oprirea tutunului ; extragerea focarelor dentare ; regim contra hipercolesterolemiei şi hiperuricemiei (fără grăsimi, cu restrîngerea proteinelor) ; tratament medicamentos cu Stelofilin, Miofilin, la nevoie clorpromazină, antinevralgice, iar local infiltraţii cu novocaină la emergenţa supraorbitalului ; aplicaţii de radium pe acelaşi punct. Bolnavul se simte bine ; după ani de zile, accesele s-au rărit foarte mult şi au scăzut în intensitate, persistînd totuşi o sensibilitate, care devine mai dureroasă în timpul masticaţiei sau la frig.

Din cazul de faţă reiese că tratamentul, ţinînd cont de infecţiile de focar (granuloame dentare), de infecţiile bronşice şi de celelalte boli asociate, a adus o ameliorare surprinzătoare.

b) Nevralgia nervului gloso-faringian

Nevralgia nervului gloso-faringian este rară. Debutează brusc în fundul gîtului, într-o zonă limitată în foseta amigdaliană sau la baza limbii, iradiind uneori spre ochi, urechi sau unghiul maxilarelor ; se exacerbează prin vorbire sau atingerea cu limba a fundului gîtului. Criza poate fi însoţită de uscarea gurii sau, mai rar, de hipersalivaţie. Evoluţia este variabilă de la un bolnav la altul, fiind uneori paroxistică, iar alteori continuă. Adesea, bolnavul are senzaţia de arsură sau de corp străin în gît, considerîndu-se că are dureri de angină permanentă. Alteori, nevralgia nervului gloso-faringian se asociază cu tulburări neurologice. Nu trebuie confundată nevralgia gloso-faringiană cu cea trigeminală, cu nevralgia intermediarului lui Wrisberg (durerile iradiază spre pavilionul urechii) sau cu nevralgia nervului laringian superior (durerile iradiază spre osul hiod şi spre baza laringelui).

Ca *tratament* se recomandă antinevralgice şi aplicaţii locale de cocaină, care dau rezultate bune. Uneori se face şi rezecţia nervului pe cale cervicală sau endocraniană.

c) Nevralgiile cervico-occipitale

Nevralgiile cervico-occipitale sînt legate de iritaţia nervului occipital al lui Arnold. Sînt produse de leziuni ale părţii superioare a coloanei vertebrale (spondiloză). Uneori, diabetul, infecţiile, alcoolismul, noxele profesionale, traumatismele, tumorile extramedulare, intratoracice, morbul Pott cervical, metastazele vertebrale pot să se manifeste prin nevralgii cervico-occipitale ; alteori, nevralgiile sînt secundare unei siringomielii, unei algodistrofii reflexe, unei pahimeningite trofice sau sindromului Pancoast-Tobias. Durerile occipitale sînt mai vii dimineaţa la deşteptare, dispărînd în cursul dimineţii şi reapărînd cu intensitate mai slabă seara ; adesea, ele apar în timpul nopţii. Tusea şi strănutul antrenează cîteodată o recrudescenţă dureroasă. Caracterele durerilor sînt variabile : dureri vii, accentuate prin mişcările capului, sau dureri surde, însoţite de furnicături şi arsuri, exagerate la contactul pielii cu pieptenul ; formele hiperalgice se însoţesc uneori de vertij şi greaţă.

La examenul clinic găsim limitarea mişcărilor active şi pasive ale gîtului. La palparea regiunii suboccipitale, durerea este vie. Ca etiologie constatăm uneori existenţa unei infecţii la distanţă — o angină sau o sinuzită ; mai frecvent găsim însă alteraţii artrozice cervicale. Uneori, simptomele dureroase iradiază spre regiunea temporală, frontală şi retroorbitală, prinzînd baza gîtului, umerii şi membrele superioare. Frecvent, boala se însoţeşte de tulburări auditive (ţiuitul urechilor, hipoacuzie intermitentă sau pulsaţii zgomotoase), tulburări labirintice (vertij, nistagmus), tulburări vizuale (înceţoşarea vederii, puncte luminoase sau întunecate), tulburări faringo-laringiene (răguşeală sau chiar afonie cu parestezii faringiene şi disfagii intermitente), tulburări vasomotorii şi secretoare (roşeaţă alternînd cu paloarea feţei şi a urechilor, bufeuri de căldură) şi tulburări psihice (depresiune, anxietate şi fatigabilitate intelectuală). Uneori apare la cîteva săptămîni după un traumatism. La examenul coloanei cervicale găsim o redoare a gîtului şi puncte dureroase suboccipitale. Patogenia acestor dureri, după Barré şi Liéou, ar fi o artroză cervicală, cu prinderea nervului vertebral şi a plexului nervos al arterei vertebrale, realizînd sindromul simpatic cervical posterior ; după alţii, acest sindrom este produs de o discopatie cervicală de origine traumatică, care dă tulburări vasomotorii în ramurile carotidei externe.

Nevralgia cervico-occipitală nu trebuie confundată cu algia occipitală, provocată de o tumoare a fosei posterioare, de o celulită sau de mialgia cefei. De asemenea trebuie să eliminăm diagnosticul unei osteoartrite a primelor vertebre cervicale (tuberculoasă, brucelozică, stafilococică), al unei osteoartrite printr-o infecţie rino-faringiană, al unei malformaţii cervico-occipitale sau al unui sindrom medular cervical (tumoare sau siringomielie).

Traumatismele cervicale sînt cauze frecvente ale cefaleilor de origine cervicală prin tasarea corpilor vertebrali, fracturi ale arcului posterior al atlasului sau al axisului, luxaţii atlo-axoidiene. În alte cazuri, nevralgia cervico-occipitală apare mai frecvent la cîteva săptămîni sau luni după un traumatism. Aceste cefalei posttraumatice sînt în general consecinţa leziunilor nediagnosticate ale coloanei cervicale (entorse, subluxaţii sau alteraţii vertebro-discale posttraumatice).

Psihalgiile evoluează adesea sub masca unei algii occipitale asociată însă cu artroze şi exacerbată prin traumatism cranio-cervical.

În afară de terapia etiologică (antitumorală, antiinfecţioasă etc.) prescriem un tratament antialgic al simptomului dureros, normalizarea dezechilibrului endocrin, tratament medicamentos (infiltraţie cu hidrocortizon, novocaină sau xilină în regiunea suboccipitală), radioterapie şi radiumterapie antiinflamatoare, ultrascurte, ultrasunete, vertebroterapie şi o cură termală. Excepţional, în algiile rebele se prescrie radicotomie posterioară a ramurii C_2 sau un tratament chirurgical direct (abordarea nodului osteofitic sau a herniei de disc).

În formele acute întrebuinţăm saliciloterapia, fenilbutazona sau corticoterapia. În formele subacute asociem antialgicele cu o terapie antiinflamatoare locală. O cură hidrominerală bine condusă împiedică recidivele, care sînt destul de frecvente.

Obs. 65. — Bolnava I. M., în vîrstă de 54 de ani, contabilă, vine la consultaţii pentru dureri în regiunea occipitală, cu iradieri în hemicraniul drept, vertij, pierdere de echilibru. Durerile sînt surde, cu exacerbări intermitente. Bolnava are în plus o bronşită tabagică, granuloame dentare, o boală hipertensivă (tensiunea arterială 19/10 cm Hg), tulburări neuro-vegetative, constipaţie cronică ; este la menopauză, cu tulburări de climacteriu accentuate. Examenul radiologic al craniului şi al coloanei cervicale arată semne nete de spondiloză cervicală. Durerile pe care le acuză bolnava sînt mai vii dimineaţa la deşteptare şi seara la culcare ; adesea este deşteptată noaptea de dureri occipitale. Tusea măreşte durerile. Pielea capului este sensibilă, chiar la pieptănat. Uneori, accesele dureroase se însoţesc de ameţeli şi de greaţă.

La examenul obiectiv găsim o limitare a mişcărilor coloanei cervicale, durere la presiune la emergenţa nervului suboccipital drept,

tensiunea arterială crescută, semnele unei bronşite cronice. Dintre examenele de laborator notăm o hipercolesterolemie de 3,40 g‰.

Diagnostic: nevralgie cervico-occipitală dreaptă, spondiloză cervicală superioară, cu sindrom Barré-Liéou, hipertensiune arterială, bronşită cronică, constipaţie cronică, tulburări neuro-vegetative şi metabolice.

Tratament: interzicerea fumatului, Hiposerpil, antialgice, Meprobamat, infiltraţii locale cu xilină şi hidrocortizon la emergenţa nervului Arnold, radioterapie în regiunea cervicală superioară (4 şedinţe a cîte 50 r), masaj uşor cranio-cervical, normalizarea somnului, program de muncă redus. Starea bolnavei s-a ameliorat mult, persistînd numai uşoare ameţeli, mai ales la eforturile intelectuale.

Cazul de faţă ne arată că nevralgia cervico-occipitală se însoţeşte de fenomene neuro-vegetative accentuate şi de diverse afecţiuni asociate. Rezultatele terapeutice depind de tratamentul complex al bolii de bază şi al afecţiunilor asociate. În cazul de faţă, infiltraţiile locale asociate cu radioterapie antiinflamatoare pe vertebrele cervicale superioare s-au adresat afecţiunii de bază şi au dat rezultate bune. Concomitent au fost tratate şi bolile asociate (hipertensiunea arterială, bronşita cronică şi tulburările neuro-vegetative).

d) Nevralgia cervico-brahială

Nevralgia cervico-brahială constituie o afecţiune dificil de tratat. Apare în special la persoanele cu spondiloză cervicală, la care intervin, ca factori adjuvanţi, frigul, umezeala, infecţiile de focar. Traumatismele pot provoca sau exacerba durerile cervico-brahiale la cei cu spondiloză cervicală. În general, boala începe cu oboseală, curbatură generală, apoi gîtul devine rigid, dureros. Durerile iradiază spre braţ şi mînă, intensificîndu-se progresiv. Formele hiperalgice ar fi datorite atingerii ganglionului rahidian posterior. Durerea cervico-brahială se exagerează prin tuse şi strănut. În timpul nopţii, durerile sînt mai intense; o altă caracteristică a lor constă în faptul că sînt totdeauna unilaterale. Cînd afecţiunea interesează rădăcina C_5, durerea este localizată pe faţa anterioară a umărului şi partea externă a braţului, terminîndu-se pe marginea externă a cotului. Cînd este interesată rădăcina C_6, durerile coboară pe faţa anterioară pînă la extremitatea policelui. Dacă rădăcina C_7 este în suferinţă, durerea este localizată pe faţa posterioară a braţului, ajungînd pînă la index şi mediu, iar cîteodată chiar pînă la inelar. Suferinţa rădăcinii C_8 se traduce prin localizarea durerii pe partea internă a braţului şi antebraţului, pînă la degetele al 4-lea şi al 5-lea. Uneori, nevralgiile cervico-brahiale iradiază şi în regiunea scapulară posterioară, toracică anterioară şi a cefei. În unele cazuri, durerea există numai la degete, fără a prinde braţul şi antebraţul. Examinînd gîtul găsim punctele dureroase laterocervicale de partea bolnavă. Compresiunea digitală între apofizele transverse ale gîtului bolnavului, examinatorul fiind

așezat în spatele bolnavului, provoacă dureri vii locale și iradiate în membrul corespunzător (semnul clapelor al lui Stoia). Hiperextensia capului și flexiunea laterală a gîtului de partea opusă produc de asemenea dureri laterocervicale de partea bolnavă. În membrul superior interesat găsim o hipoestezie superficială, o amiotrofie și diminuarea ușoară a forței musculare. În majoritatea cazurilor, radiografiile ne arată semne nete de discartroză cu uncartroza cervicală. Uneori, apariția nevralgiei este produsă de o reacție inflamatoare. Evoluția merge de obicei spontan spre vindecare.

Asocierea cu periartrita scapulo-humerală întîrzie vindecarea. Boala se poate confunda cu periartrita scapulo-humerală, durerile anginoase, durerile produse de existența unei coaste cervicale, sindromul scalenic, sindromul Pancoast-Tobias, tumorile radiculare sau medulare.

Ca tratament, în afară de antialgice (fenilbutazonă, Δ-cortizon), utilizăm și fizioterapie, imobilizarea într-un aparat gipsat, vertebroterapie și radioterapie. Infiltrațiile cu novocaină sau xilină și hidrocortizon ale ganglionului stelat și ale rădăcinilor nervilor aduc uneori ameliorări durabile. Radioterapia pe coloana cervicală în doze antiinflamatoare dă rezultate bune. În faza hiperalgică, administrarea Δ-cortizonului și fenilbutazonei este conduita cea mai bună.

Formele particulare de nevralgie cervico-brahială sînt : sindromul scalenic, sindromul coastei cervicale, sindromul costo-clavicular și sindromul cu hiperabducție, care apare la cei care dorm cu mîna sub cap ; mai întîlnim și sindromul cervico-brahial al tunelului carpian.

e) Acroparestezia dureroasă nocturnă

Acroparestezia dureroasă nocturnă este un sindrom care îmbracă adesea o topografie radiculară și apare mai frecvent la femei ; este uni- sau bilaterală, caracterizîndu-se prin înțepături, furnicături și amorțeli, mai ales la mîini și degete. Acroparesteziile se asociază frecvent cu nevralgia cervico-brahială, fiind de origine vasculară ; apar la persoanele cu manifestări neuro-vegetative. Masajul ușor, vertebro- și radioterapia, analgezicele și sedativele dau rezultatele cele mai bune.

Marele număr de acroparestezii este produs de suferința rădăcinilor senzitive în gaura de conjugare sub influența tulburărilor vasculare, accentuate prin decubitus. Distonia vago-simpatică, care însoțește acești bolnavi, favorizează tulburările vasomotorii congestive ale teritoriului găurii de conjugare, ceea ce explică caracterul capricios al evoluției bolii. Tratamentul

se adresează corijării dezechilibrului simpatic şi tulburărilor de menopauză, pe care le prezintă de obicei aceste bolnave. În cazuri rebele, radioterapia, ultrasunetele şi infiltraţiile stelare dau rezultate bune.

Nevralgia cervico-brahială se poate confunda cu durerile osoase şi articulare, cu durerile din artroză şi periartrita scapulo-humerală, durerile cotului şi ale mîinii. Periartrita scapulo-humerală se însoţeşte în plus de redoarea dureroasă a umărului ; durerile cotului şi pumnului provocate prin epicondilite, stiloidite sau tenosinovite de tip De Quervain se deosebesc de nevralgia cervico-brahială, prin existenţa punctelor dureroase precise şi absenţa semnelor cervicale. Cînd durerile sînt bilaterale, nevralgia cervico-brahială poate fi confundată cu boala Raynaud, excepţional cu eritromelalgia. Nevralgia cervico-brahială cu iradieri toracice poate simula angina pectorală.

Obs. 66. — Bolnavul I. M., în vîrstă de 54 de ani, consultă pentru dureri în regiunea cervicală cu iradieri pe faţa posterioară a braţului stîng pînă la degete ; durerile se asociază cu hemicranie de aceeaşi parte şi dureri pe membrul inferior stîng. Aceleaşi dureri apar şi la membrul superior drept, însoţite de parestezii ; niciodată hemialgia stîngă nu survine în acelaşi timp cu hemialgia dreaptă. Fiecare acces se termină cu transpiraţia părţii dureroase, după care durerea dispare. Bolnavul are insomnii şi o stare de anxietate. Boala a început după o gripă, cu uşoară amigdalită. Probe de laborator : V.S.H. 21/24 mm, hipercolesterolemie (2,70 g‰), uşoară hiperuricemie (0,064 g‰). În plus, bolnavul prezintă constipaţie care alternează cu diaree ; are tendinţă la obezitate şi semne de nevroză astenică. La radiografie se constată semne de spondiloză cervicală, iar examenul oto-rino-laringologic arată deviaţie de sept şi amigdalită cronică.

Diagnostic : nevralgie cervico-occipitală cu hemialgii alternante, sindrom astenic, obezitate, tulburări metabolice (hipercolesterolemie, hiperuricemie), tulburări digestive, spondiloză cervicală.

Tratament : repaus psihic, şocuri cu insulină, asanarea focarelor amigdaliene, o cură la Vatra-Dornei, regim de slăbire şi pentru normalizarea tulburărilor metabolice şi digestive, după care totul reintră în normal.

În cazul de faţă este vorba de o nevralgie occipito-cervico-brahială dublă, cu hemialgii alternante la o persoană cu fenomene nevrotice, cu tulburări metabolice, declanşate prin *stress*-uri psihice şi o infecţie gripală, care a redeşteptat un focar amigdalian.

Hemialgiile, care interesau alternativ, cînd jumătatea stîngă, cînd jumătatea dreaptă a corpului, le-am explicat prin asocierea unui sindrom diencefalic intermitent, avînd ca punct de plecare spondiloza cervicală, activat printr-o infecţie de focar la o persoană astenizată.

Din cele de mai sus se vede că rezultatele bune ale tratamentului s-au obţinut, ţinînd cont nu numai de boala primară, dar şi de afecţiunile asociate, ca şi de starea de reactivitate a individului.

f) Cauzalgia

Cauzalgia constă în dureri și parestezii, care apar mai ales după o plagă sau traumatism, interesînd în special pulpa degetelor mîinii. Sindromul se manifestă prin arsuri, furnicături, înțepături dureroase ale degetelor. Mai întîlnim la acești bolnavi tulburări vasomotorii și trofice.

g) Nevralgia intercostală

Nevralgia intercostală este adesea secundară unor leziuni toracice (pleură, plămîn, pericard, coaste), vertebrale (spondilite sau tumori) sau medulo-radiculare (tumori ale măduvei, neurinoame).

Durerea este frecvent unilaterală și se exagerează prin mișcările coloanei vertebrale, respirație, tuse și vorbire.

Nevralgiile intercostale și dorsalgiile sînt produse adesea de spondiloză, pneumonie, pleurezie, pericardită și anevrismul aortei. Să nu uităm că spondilita anchilopoietică începe în 6—9% din cazuri cu dorsalgii. De asemenea și morbul Pott dorsal, spondilodiscitele infecțioase (brucelozică, stafilococică, tuberculoasă), traumatismele și boala Scheuermann pot da dorsalgii. Dorsalgiile funcționale sînt de obicei benigne ; apar mai frecvent după sarcină. Întîlnim dorsalgii sau mialgii nefebrile, care apar în epidemii și evoluează în cadrul bolii Bornholm, în care agentul etiologic este virusul *Coxsackie*.

Ca terapie se recomandă : sedative, vitamina B_{12}, glicocol, acid glutamic, iar local se aplică infraroșii și ultrascurte ; în plus indicăm gimnastică și reeducație.

Tratamentul nevralgiilor intercostale trebuie să fie legat de cauză. Persistența algiilor intercostale necesită uneori o radicotomie posterioară, dacă infiltrațiile anestezice ale nervului au fost infructuoase.

Obs. 67. — Bolnavul A. B., în vîrstă de 75 de ani, se plînge de dureri în regiunea dorsală, iradiind pe traiectul nervilor intercostali stîngi D_7-D_9 ; durerile sînt atroce și sînt însoțite de stare febrilă (37°,7—38°,2), astenie, tuse cu expectorație. La examenul obiectiv se constată semne de spondiloză cervico-dorso-lombară, cu osteoporoză difuză, V.S.H. 72/96 mm, hipertensiune arterială (21/12 cm Hg). Examenul prostatei relevă o prostată dură, neregulată, mai ales în lobul stîng. Bolnavul sucombă după 3 luni de neoplasm de prostată cu metastaze generalizate, mai ales în coloana vertebrală și plămîn.

Cu toate că spondiloza dorsală se poate manifesta și prin nevralgii intercostale, la o persoană în vîrstă apariția și persistența unei nevralgii intercostale rebele trebuie să ne facă să căutăm și o altă afecțiune asociată, care declanșează și exacerbează această nevralgie intercostală.

În cazul nostru, primele examene radiografice ale coloanei dorsale nu au decelat metastaze ; nevralgia intercostală nu a fost provocată numai de spondiloza dorsală, ci şi de micrometastazele neoplasmului prostatic. Aceasta s-a dovedit prin evoluţia bolii şi sfîrşitul bolnavului prin metastaze generalizate.

Deci, deşi nevralgia intercostală poate fi produsă de o spondiloză dorsală, persistenţa nevralgiei intercostale, cu tot tratamentul făcut, trebuie să ne atragă atenţia spre o posibilă boală asociată (metastaze, zona zoster, diabet etc.).

h) Nevralgia lombo-abdominală

Reprezintă o afecţiune rară care este datorită iritaţiei nervilor abdomino-genitali şi genito-crurali în legătură cu interesarea rădăcinilor L_1—L_2. Durerea se întinde din regiunea lombară spre peretele abdominal, iradiind spre testicul sau organele genitale feminine.

Durerea poate să fie exagerată prin efortul defecaţiei sau prin tuse, ceea ce confirmă originea sa radiculară. Ea poate fi secundară unor afecţiuni genitale (blenoragie, epididimită, varicocel), pelviene (hernii inghinale, crurale, obturatoare), sau renale. Uneori, algiile nu sînt cauzate decît de spondiloza lombară.

Tratamentul este în primul rînd etiologic şi apoi simptomatic (antialgice şi radioterapie pe coloana lombară).

i) Cruralgia

Cruralgia este o afecţiune secundară iritaţiei rădăcinilor L_3—L_4, frecvent produsă prin leziuni discale. Este mai rară decît sciatica. Predomină la sexul masculin, în jurul vîrstei de 40 de ani. Debutează brusc, adesea după un efort. Durerea are sediul pe faţa anterioară a coapsei, iradiind spre genunchi. Cruralgia L_3 interesează faţa antero-internă a coapsei, oprindu-se la rotulă, iar cruralgia L_4 interesează faţa antero-externă a coapsei, prinzînd genunchiul şi faţa antero-internă a gambei pînă la maleola internă. Durerea este profundă, uneori persistă noaptea, producînd insomnii. Mobilizarea coloanei vertebrale, mersul şi tusea o exagerează, dovedind natura sa radiculară. Dacă aşezăm bolnavul în decubit ventral, cu hiperextensia coapsei pe bazin, şi facem o flexiune a gambei în unghi drept cu coapsa se produce o durere vie lombară, iradiind de-a lungul cruralului. Reflexul rotulian de partea bolnavă este abolit, constatîndu-se în acelaşi timp şi o diminuare uşoară a forţei de extensie a gambei pe coapsă, care denotă un deficit motor al muşchiului cvadriceps. Presiunea paravertebrală în regiunea

discurilor L_2—L_3 sau L_3—L_4 deşteaptă adesea o durere localizată în regiunea lombară, iradiind pe faţa anterioară a coapsei. Adesea găsim o discartroză lombară superioară. Uneori, cruralgia îmbracă forma de sciatocruralgie, interesînd traiectul celor doi nervi. Cruralgia se poate confunda cu coxartroza, care se însoţeşte de asemenea de dureri de-a lungul feţei anterioare a coapsei şi a genunchiului. Limitarea mişcărilor şoldului, mai ales rotaţia şi abducţia, ne îndreaptă diagnosticul spre o leziune coxo-femurală, confirmată de un examen radiologic.

Sciatica şi nevralgia femuro-cutanată, nevralgiile obturatoare se deosebesc de nevralgia crurală prin traiectul lor.

Trebuie să diferenţiem nevralgiile crurale de natură discală de nevralgiile crurale de altă etiologie. Nervul crural poate fi lezat şi în regiunea pelviană (prin artrita sacro-iliacă, prin afecţiuni ale colonului sau apendiculare), ca şi în porţiunea sa exterioară de-a lungul coapsei (prin hernii inghinale, bandaj hernial, adenopatii etc.). Adeseori, cruralgia relevă o interesare a rădăcinii nervului, produsă de leziuni osoase (tuberculoză, metastaze vertebrale) sau legată de compresiunea printr-un neurinom. La originea anumitor cruralgii idiopatice cu examene radiologice negative, leziunile radiculare şi ligamentare, par să joace rolul principal.

Tratamentul cruralgiilor necesită repaus în decubit dorsal, coapsa în semiflexiune cu o pernă sub genunchi, injecţii intrarahidiene cu hidrocortizon, vertebroterapie, lombostat ; rar indicăm în cruralgii tratament chirurgical.

Obs. 68. — Bolnavul B. I., în vîrstă de 52 de ani, muncitor, consultă pentru dureri în regiunea lombară superioară şi pe faţa anterioară a coapsei drepte, în special pe partea antero-externă, care se întind pînă la genunchi. Durerile sînt vii, profunde, mai mult nocturne, dînd insomnii. Mobilizarea coloanei vertebrale, mersul şi tusea exagerează durerile. La examen se constată o uşoară diminuare a forţei de extensie a gambei pe coapsă ; muşchiul cvadriceps este hipotonic şi atrofiat. Examenul radiologic arată prezenţa unei discopatii L_3—L_4. Bolnavul este obez, hipertensiv (19/11 cm Hg), are hipertrofie de prostată şi tulburări metabolice (hipercolesterolemie şi hiperuricemie) ; V.S.H. este normală.

Diagnostic: nevralgia nervului crural drept, obezitate, hipertensiune arterială, tulburări dismetabolice, adenom de prostată.

Tratament: repaus la pat, injecţii paravertebrale cu xilină şi hidrocortizon între L_3—L_4, regim de slăbire şi de normalizare a acidului uric şi a colesterolemiei, radioterapie pe regiunea lombară superioară (400 r în 4 şedinţe) şi intervenţie chirurgicală pentru adenom de prostată.

Cazul de faţă este interesant prin bolile asociate (hipertensiune arterială, obezitate, adenom de prostată, tulburări metabolice). În cruralgie, în afară de tratamentul local prin infiltraţii paravertebrale şi radioterapie, trebuie tratate şi afecţiunile asociate.

j) Meralgia parestezică

Este o nevralgie care corespunde teritoriului nervului femuro-cutanat. Durerea se întinde pe partea superioară a feţei externe a coapsei, fiind însoţită de cele mai multe ori de parestezii. Bolnavul are o senzaţie dezagreabilă de arsuri şi dureri, chiar la contactul cu lenjeria. Uneori, durerea este declanşată la mers sau la statul prelungit în picioare şi este calmată prin repaus. La examinarea clinică găsim pe partea externă şi superioară a coapsei o hiperestezie dureroasă. Originea meralgiei parestezice esenţiale este discutată : o iritaţie sau o compresiune a nervului la nivelul unghiului ilio-inghinal şi sub arcada crurală etc.

Alături de meralgia parestezică esenţială întîlnim numeroase meralgii parestezice simptomatice (nervul femurocutanat poate fi comprimat în bazin, printr-un abces apendicular, un abces potic sau o osteoperiostită iliacă, o tumoare cecală etc.).

Tratament : analgezicele şi infiltraţiile cu novocaină ale nervului, între cele două spine iliace anterioare, pot să dea ameliorări trecătoare ; alcoolizarea nervului, la acest nivel, dă rezultate mai bune.

Obs. 69. — Bolnavul F. P., în vîrstă de 58 de ani, se plînge de dureri în regiunea lombară, cu iradiere în coapsa stîngă pînă la genunchi însoţită de parestezii şi amorţeli şi uneori de arsuri pe partea externă şi superioară a coapsei stîngi. La examenul bolnavului găsim : spondiloză lombară, coxoză stîngă şi meralgie parestezică. Bolnavul este obez, cu abdomenul destins şi hipertensiv. Cazul este interesant prin faptul că meralgia parestezică a fost asociată cu coxoză stîngă şi spondiloză lombară.

Tratamentul meralgiei parestezice (fizioterapie şi infiltraţii locale cu xilină şi hidrocortizon) trebuie completat cu al bolilor asociate (spondiloza lombară, coxoza stîngă, obezitatea şi hipertensiunea arterială).

k) Nevralgia obturatoare

Nevralgia obturatoare este de regulă secundară unor leziuni anexiale. Durerea se întinde pe partea superointernă a coapsei, ajungînd pînă la faţa externă a genunchiului. Presiunea nervului în gaura obturatoare, sau pensarea masei abductorilor produce dureri vii. Abducţia coapsei măreşte durerea. Nevralgia obturatoare este secundară leziunilor pelviene, în special anexitelor, care irită nervul în traiectul său intrapelvian. O hernie obturatoare care comprimă nervul în gaura obturatoare poate de asemenea să dea nevralgie.

Tratamentul este etiologic şi antialgic.

l) Lombosciatica

Lombosciatica este produsă de iritația sau compresiunea rădăcinilor senzitive L_4—L_5, cauzată de o hernie de disc sau o discopatie. Algia rezultă din conflictul discoradicular, rădăcina fiind iritată direct de discul vertebral herniat sau prin intermediul fenomenelor inflamatoare. Frecvența și importanța socială a lombosciaticei este deosebit de mare.

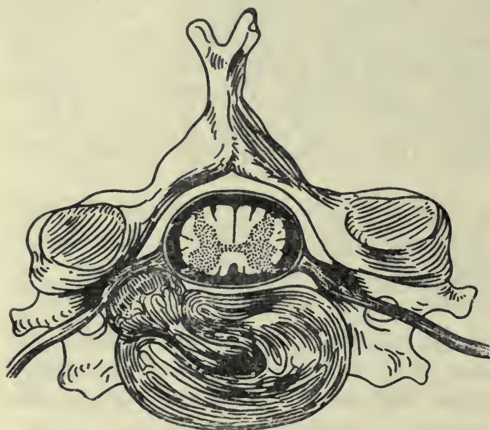


Fig. 36. — Protruzia nucleului pulpos.

Adesea, lombosciatica debutează după un efort. Durerea este vie, fiind localizată inițial în regiunea lombară. Cînd apare durerea pe traiectul sciaticului, frecvent lombalgia se atenuează.

Lombalgia poate fi : unilaterală, bilaterală sau predominant unilaterală. Durerea de sciatică coboară pe fața posterioară a coapsei.

Dacă durerea se întinde pe fața postero-externă a coapsei și antero-externă a gambei pînă la gleznă, înaintea maleolei externe, pe dosul piciorului pînă la degetul mare, lombosciatica este produsă prin iritația rădăcinii L_5 ; dacă durerea coboară pe fața posterioară a coapsei, de-a lungul feței posterioare a gambei, spre gutiera retromaleolară internă în călcîi și plantă, este prinsă rădăcina S_1. Bolnavul acuză dureri numai pe fața externă a gambei, cînd este interesată rădăcina L_5 ; dacă se produce manevra Lassègue, bolnavul poate să exteriorizeze tot traiectul radicular. Durerea este variabilă (bolnavul poate avea senzație de greutate dureroasă, crize violente sau crampe musculare). Cauzele declanșante sînt reprezentate de eforturile de tuse sau defecație. Durerea se atenuează prin repaus sau în poziție de cocoș de pușcă. În formele hiperalgice, durerea persistă chiar în repaus complet. Sensibilitatea prin extensia rădăcinilor lombo-sacrale, prin manevra Lassègue, este un semn constant. Forța musculară este de obicei intactă ; în sciaticele paralizante, forța musculară este diminuată. Atingerea rădăcinii L_5 se traduce printr-un deficit al mușchilor lojii antero-externe, în afară de mușchiul gambier anterior.

În cazuri rare, bolnavul stepează, piciorul fiind balant. Bolnavul este incapabil să mişte piciorul afectat la fel ca pe cel sănătos.

Atingerea motorie a rădăcinii S1 interesează loja posterioară. În lombosciatice, bolnavul ia adesea o poziţie antalgică, înclinîndu-se înainte şi lateral de partea dureroasă (forma radiculară) sau atitudinea antalgică este de partea opusă (în sciaticele funiculare). Mobilitatea regiunii lombare este diminuată, fiind blocată prin contractura musculară dureroasă. Palparea laterovertebrală provoacă cîte o dată, la nivelul interliniei interesate, o durere care iradiază în teritoriul sciatic.

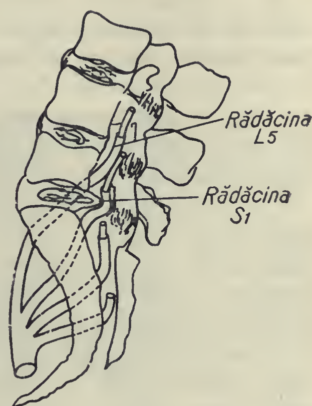


Fig. 37. — Hernie discală lombo-sacrală (schemă).

Prin examenul radiologic se poate suspecta o hernie discală prin pensarea electivă a discului interesat, cu lărgirea laterală a spaţiului intervertebral corespunzător la înclinarea bolnavului de aceeaşi parte. Acesta este un semn patognomonic de hernie discală. În anumite cazuri, clişeele radiologice ne arată existenţa unei spondiloze cu osteofitoză, interesînd discul atins sau şi discurile supra- şi subiacente.

Anomaliile tranziţionale (lombalizări, sacralizări) arată cauza degenerescenţei discale. Uneori întîlnim şi un spondilolistezis care poate produce o activare a discopatiei respective. Alteori, examenul radiologic este normal ; acesta nu elimină însă etiologia discoradiculară a sciaticei. Adesea, examenul radiologic pune în evidenţă sciatice radiculare, produse prin morbul Pott, cancer vertebral sau alte manifestări tumorale rahidiene. Mielografia prin substanţa iodată se utilizează rar ; este rezervată ca investigaţie preoperatorie. Mai frecvent se întrebuinţează discografia.

Nu toate lombosciaticele sînt de natură discală. Trebuie să facem diagnosticul uneori şi cu o flebită, cu o arterită sau cu durerile musculare ale membrului dureros. Uneori, durerile de şold iradiază în membrul inferior, confundîndu-se cu durerile de sciatică. Frecvent întîlnim sciatica asociată cu coxoze şi mai rar cu nevralgii crurale. Durerile din articulaţia sacroiliacă iradiază pe faţa posterioară a coapsei pînă în fosa poplitee, simulînd un Lassègue pozitiv. În sciaticele tronculare, durerea

nu respectă traiectul radicular ; aici, atingerea este mai masivă, interesînd întreg trunchiul sciatic. În aceste cazuri sîntem datori să explorăm micul bazin, prin tuşeu rectal şi vaginal, pentru a ne da seama de o eventuală compresiune inflamatoare, neoplazică, de o sacrocoxalgie etc., să examinăm fesa şi coapsa corespunzătoare, pentru a vedea dacă nu este vorba de o tumoare, un abces, o injectită etc.

În sciaticele secundare trebuie căutată leziunea primară (morbul Pott, cancerul vertebral secundar, un mielom, tumori intrarahidiene etc.).

În afară de sciatica banală sau esenţială, care este rezultatul unui conflict mecanic între rădăcina nervoasă şi discul intervertebral, mai putem întîlni încă 5 tipuri de sciatice simptomatice, care se pot confunda cu sciatica discoradiculară : 1) sciatica prin spondilolistezis L_5 ; aici diagnosticul se poate pune şi clinic prin constatarea unei lordoze accentuate, punctul cel mai sensibil fiind în foseta din mijlocul lordozei şi prin prezenţa unor pliuri cutanate paravertebrale, bilateral. Radiografia de profil ne arată alunecarea înainte a vertebrei L_5, iar apofizele transverse ale vertebrei L_5 ating sacrul ; 2) sciatica produsă prin metastaze neoplazice ale coloanei lombare şi ale bazinului. Survine la persoane după 50 de ani, durerile sînt rebele şi progresive, V.S.H. este mărită, iar radiologic se pun în evidenţă metastazele ; 3) sciatica tuberculoasă interesează mai ales vertebrele L_4—L_5 şi L_5—S_1 ; este vorba de un morb Pott lombar inferior sau de o sacrocoxalgie. Semnele clinice generale de impregnaţie bacilară şi semnele radiologice de artrită ulceroasă ne pun pe calea diagnosticului ; 4) sciatica din spondilita anchilozantă este basculantă, cînd la dreapta cînd la stînga, nu coboară sub genunchi şi iradiază uneori pe faţa anterioară a coapsei. La un bărbat tînăr cu o sciatică recidivantă bilaterală trebuie făcută radiografia bazinului : artrita dublă sacro-iliacă cu neregularitatea şi condensarea liniei interarticulare ne clarifică diagnosticul ; 5) sciatica printr-o tumoare intrarahidiană (neurinom radicular) se manifestă prin dureri, mai accentuate în poziţie culcat şi calmate în poziţie ridicat ; bolnavii sînt deşteptaţi noaptea de crize dureroase, ceea ce îi fac să se ridice din pat pentru a calma durerile.

Tratamentul lombosciaticei este simptomatic şi cauzal, în funcţie de forma, stadiul şi starea de reactivitate a organismului. Tratamentul medical constă în repaus, medicaţie antialgică şi antiinflamatoare (aspirină, fenilbutazonă, cortizon, hidrocortizon, ACTH etc.). Local se fac injecţii (paravertebrale, epidurale, peridurale, intrarahidiene, în gaura de conjugare S_1—S_2, la

locul dureros), fizioterapie sedativă (curenţi diadinamici, ultrascurte, ultrasunete, radioterapie etc.).

Tratamentul chirurgical al sciaticei discale constă în ablaţia discului herniat.

În sciatica recentă, de intensitate mijlocie, în prima etapă se recomandă repaus la pat, fie în decubit dorsal pe pat tare fără pernă, cu membrele inferioare flectate, fie în poziţie de cocoş de puşcă, cu umerii ridicaţi pe perne şi coapsele în semiflexiune. Se prescriu antialgice (aspirină, piramidon). Dacă durerile nu cedează la repaus şi antialgice trebuie să prescriem un tratament antiinflamator general (fenilbutazonă sau Prednison) şi un tratament antiinflamator local (hidrocortizon, novocaină, xilină), combinat cu termoterapie locală (aplicaţii de parafină sau curenţi diadinamici).



Fig. 38. — Laminectomie la o hernie de disc lombară.

După ce durerile s-au atenuat, la 2—3 săptămîni, în locul repausului absolut recomandăm un repaus relativ, sculînd treptat bolnavul din pat. În acelaşi timp putem începe, de două ori pe săptămînă, tracţiuni vertebrale efectuate cu prudenţă, concomitent cu o medicaţie decontracturantă, şi fizioterapie antiinflamatoare şi antialgică (infraroşii, diatermie, curenţi de joasă frecvenţă, ionizări iodate şi calcice, precum şi radioterapie în doze antiinflamatoare). Bolnavului i se indică un lombostat şi să doarmă pe pat tare, iar în viitor să facă o cură balneară sedativă.

Pentru a evita reşutele se contraindică eforturile fizice (statul timp îndelungat în picioare, purtatul de greutăţi, fle-

xiunile forțate). Bolnavul trebuie să facă exerciții de postură pentru a corija statica defectuoasă vertebrală, mai ales hiperlordoza, și să-și întărească musculatura abdominală relaxată.

În sciatică, gimnastica reeducativă nu trebuie făcută decît în afara puseurilor dureroase. Ea trebuie să fie condusă cu prudență, deoarece poate să se producă o recidivă ; în această eventualitate se indică oprirea ei și punerea bolnavului în repaus absolut.

Sciatica rebelă sau recidivantă este aceea care, în ciuda tuturor procedeelor terapeutice amintite, corect executate, nu se ameliorează. Ea este justițiabilă de tratament chirurgical.

În cazul sciaticei recidivante putem distinge două eventualități : 1) dacă recidivele sînt la distanță de mai mulți ani, cu remisiuni complete între crize, și dacă durata fiecărei crize este scurtă, fără să lase invalidități (trebuie făcut numai tratament medical, mărind însă precauțiile și menajînd regiunea lombară prin lombostat, reeducație și cură termală) ; 2) dacă crizele devin din ce în ce mai apropiate, iar bolnavul este împiedicat în activitatea lui zilnică și criza este rebelă și prelungită, este justificată intervenția chirurgicală.

Intervenția chirurgicală constă în exereza herniei discale, completată prin chiuretajul cavității nucleare. Grefa osoasă nu este indicată.

În cazurile de sciatică hiperalgică, în afară de repaus absolut, trebuie să calmăm durerile prin opiacee. Aceste cazuri necesită doze mari de fenilbutazonă (500—600 mg/zi), decontracturante, injecții intrarahidiene de hidrocortizon. Dacă sciatica rămîne încă hiperalgică trebuie să recurgem imediat la actul operator.

În sciatica paralizantă, școala lui de Sèze adoptă următoarea atitudine terapeutică : 1) dacă bolnavul este examinat tardiv, după cîteva săptămîni sau luni, șansele de recuperare motorie după intervenție fiind mici este preferabil să ne abținem ; 2) dacă bolnavul este examinat la începutul paraliziei trebuie să-l trimitem imediat la chirurg, deoarece șansele de recuperare motorie sînt cu atît mai mari, cu cît operația este mai precoce.

Obs. 70. — Bolnavul O. T., în vîrstă de 43 de ani, vine la consultație pentru dureri în regiunea lombară, cu iradieri pe fața posterioară a coapsei și pe fața externă a gambei stîngi pînă la degetul cel mare al membrului inferior stîng. Boala a debutat brusc, după un efort fizic. La examenul obiectiv se constată tendință la obezitate, abdomen relaxat, dureri în regiunea lombară între L_4-L_5, manevra Lassègue pozitivă, reflexul rotulian păstrat, cel achilian diminuat, ușoară scolioză antalgică de aceeași parte. Radiografia arată o spondiloză lombară, vertebre în diabolo, spațiul L_4-L_5 diminuat, ușor neregulat.

Diagnostic : lombosciatică vertebrală, discopatie lombară, lombosciatică stîngă radiculară nevritică, interesînd spaţiul L_4—L_5, obezitate, abdomen relaxat.

Tratament : repaus complet pe pat tare, fenilbutazonă, infiltraţii cu hidrocortizon şi xilină 1% paravertebral de aceeaşi parte. Bolnavul este ameliorat, durerile au diminuat mult. După 2 săptămîni se prescrie vertebroterapie după termoterapie (aplicaţii de parafină). Pentru viitor se recomandă purtarea lombostatului şi dormitul pe pat tare, iar după 3 luni o cură la Victoria, de preferat în bazin cald.

Obs. 71. — Bolnavul V. L., în vîrstă de 64 de ani, vine la consult pentru dureri persistente în regiunea lombară, cu iradieri în membrul inferior drept. Bolnavul este palid, dispneic, are hipertensiune arterială (22/12 cm Hg), hepatomegalie, puls accelerat neregulat. Examenul prostatei arată o prostată dură, neregulată, aderentă. În plus, bolnavul prezintă edeme ale membrelor inferioare pînă la treimea inferioară a gambei. Radiografia coloanei lombare arată o lipsă de substanţă, interesînd baza apofizei transverse a vertebrei L_4.

Diagnostic : Lombosciatică (radiculară nevritică prin leziuni metastatice, avînd ca punct de plecare prostata), hipertensiune arterială, insuficienţă cardiacă.

Tratament : se instituie un tratament analgezic, infiltraţii cu xilină paravertebral şi doze mari de Sintofolin, regim desodat, digitală. După acest tratament, starea bolnavului s-a ameliorat ; Sintofolina a acţionat în mod indirect, diminuînd foarte mult durerea acestei sciatice simptomatice.

În primul caz este vorba de o sciatică vertebrală prin hernie de disc, interesînd discul L_4—L_5, la o persoană cu boli asociate. În al doilea caz este vorba de o sciatică simptomatică (metastaze canceroase vertebrale), tot la un bolnav cu boli asociate (insuficienţă cardiacă şi hipertensiune arterială). Prognosticul celui de al doilea caz este grav. Este necesar în atari împrejurări să fixăm diagnosticul de sciatică vertebrală sau simptomatică.

În sciatica vertebrală trebuie stabilit : dacă aceasta este radiculară, funiculară, plexală sau periferică, dacă este nevralgică sau nevritică, ce disc interesează şi care sînt bolile asociate care se întîlnesc la individul examinat.

În sciatica banală vertebrală, conflictul disco-radicular se petrece la nivelul vertebrelor L_4—L_5 sau L_5—S_1.

De la început este, de asemenea, necesar să precizăm dacă sciatica este produsă de o cauză mecanică (cădere, traumatism, mişcare bruscă), dacă a fost precedată de o durere lombară, sau dacă în cursul anilor precedenţi bolnavul a mai avut puseuri de lombalgie paroxistică. Este necesar să vedem care este traiectul durerii sciatice şi care sînt factorii care provoacă sau măresc durerea şi dacă aceasta se însoţeşte de disestezii. În sfîrşit este important să cunoaştem data debutului sciaticei, precizînd dacă este vorba de o sciatică recentă sau de una tardivă inveterată.

Foarte importantă este cunoaşterea modului cum au evoluat simptomele de debut (au progresat sau au regresat ?) ; de asemenea, cunoaşterea formei clinice, stabilind dacă este o sciatică rebelă, tenace, hiperalgică sau paralizantă. Persistenţa durerilor, în cursul evoluţiei spre vindecare a bolii, pe traiectul nervului sciatic popliteu extern nu constituie un factor care să întunece prognosticul.

Din punct de vedere terapeutic noi eşalonăm tratamentul sciaticei pe mai multe etape : 1) etapa I : — imobilizare pe pat tare, sedative, analgezice, decontracturante şi medicaţie antiinflamatoare (fenilbutazonă, corticoterapie) ; se face hidrocortizon şi xilină paravertebral, epidural (în prima şi a doua gaură de conjugare sacrală) şi intrarahidian. Ca proceduri fizioterapice utilizăm termoterapia locală (aplicaţii de parafină şi curenţi diadinamici) ; 2) etapa a II-a, în care durerile sînt atenuate prin repaus, fiind exacerbate numai la anumite mişcări. Bolnavul este mobilizat progresiv ; se continuă infiltraţiile cu hidrocortizon şi xilină şi se încep tracţiuni vertebrale la pat. Ionizările decontracturante şi curenţii diadinamici şi parafina dau rezultate bune ; 3) în etapa a III-a se foloseşte radioterapia şi ultravioletele în doze eritem şi masajul moderat ; bolnavul va purta lombostat şi infiltraţiile se vor reduce. În această etapă se mai poate indica şi tratamentul balnear.

În sciaticele secundare se tratează cauza afecţiunii de bază, recomandîndu-se în acelaşi timp tonice generale şi analgezice, o medicaţie antiinflamatoare şi tranchilizantă după necesitate.

m) Coccigodinia

Coccigodinia este o afecţiune tenace şi penibilă, care se manifestă printr-o durere localizată în coccis, mai ales la femei. Bolnava se plînge de o durere constantă sau apărînd numai în poziţie şezînd. Uneori, durerile sînt accentuate la mişcări, mai ales dacă bolnava se aşează sau se ridică brusc. Prin examenul rectal, durerile se măresc. Coccigodinia poate să fie produsă de traumatisme, neoplasme, infecţii genitale (parametrită posterioară, douglasită), de osteita sacrului, artroze, malformaţii congenitale, dislocări sacrococcidiene după naştere laborioasă şi radiculita nervilor coccigieni. *Tratament :* antialgice, băi calde, repaus la pat, infiltraţii locale cu novocaină, radioterapie, masaj rectal. Bolnava trebuie să stea în pat într-o poziţie în care să nu atingă coccisul. Se indică şi rezecţia coccisului în oseită. Bolnavele acestea devin cu timpul psihopate şi depresive, deoarece afecţiunea este persistentă, fără tendinţă spontană la vindecare ; trebuie tratat şi elementul nevrotic.

Obs. 72. — Bolnava V. R., în vîrstă de 50 de ani, consultă pentru dureri în extremitatea distală a sacrului, care nu apar decît în poziţia şezînd sau cînd face mişcări bruşte la sculare sau aşezare pe scaun. La examenul obiectiv, durerea este la nivelul coccisului. Prin examen radiologic nu se decelează nimic patologic. Bolnava afirmă că a avut cu cîţiva ani în urmă un traumatism în această regiune. Examinată genital se găsesc leziuni vechi anexiate (douglasită). Este nervoasă ; suferă de insomnii, constipaţie şi hemoroizi.

Tratament : laxative, băi călduţe de şezut cu muşeţel, infiltraţii cu novocaină în locurile dureroase, radioterapie antiinflamatoare şi sedative generale. Acest tratament a dus la ameliorarea tuturor simptomelor.

Este necesar în coccigodinii să precizăm nu numai diagnosticul, dar şi cauzele care produc această afecţiune. În acelaşi timp este nevoie de un tratament nu numai local, dar şi general şi mai ales etiologic.



Mai amintim : algiile zosteriene, durerile fulgurante din tabes, algiile talamice din tumorile intramedulare, din siringomielie, din scleroza în plăci etc.

n) Algiile zosteriene

În *algiile zosteriene,* tratamentul se face cu novocaină intravenos, vitamina B_1 şi B_{12}, hidrocortizon intrarahidian, radioterapie şi clorpromazină.

În *durerile tabetice,* fulgurante, dureroase, se administrează injecţii intrarahidiene cu vitamina B_1, repetate mai multe zile, hidrocortizon intrarahidian şi clorpromazină.

o) Algiile talamice

Algiile talamice interesează fie jumătate de corp, fie un membru inferior, fie trunchiul. Sînt strict unilaterale, constante, nu dispar, dar nu împiedică pe bolnav să doarmă. Sindromul talamic este produs de ramolismentul arterei cerebrale posterioare ; poate să apară şi în cursul sindroamelor bulboprotuberanţiale. Algiile talamice sînt adesea rebele la orice tratament. Antialgicele, vitaminoterapia (B_1 şi B_{12}), sulfatul de atropină, clorpromazina şi tranchilizantele au un efect inconstant.

p) Algiile amputaţiilor

Algiile amputaţiilor se localizează la nivelul bontului de amputaţie, la membrul-fantomă sau la cele două membre. Algiile localizate la bont sînt de trei tipuri : dureri paroxistice provocate

prin contactul bontului cu aparatul-proteză ; dureri continue, însoţite de furnicături şi arsuri ; algohalucinaţiile sau algiile membrului-fantomă sînt continue, cu senzaţie de constricţie şi degete contractate. Tratamentul constă în analgezice şi tranchilizante. În algiile bontului, tratamentul fizioterapic (infraroşii, ultrasunete sau radioterapie) dă rezultate bune. De asemenea infiltraţiile cu novocaină ale ganglionului simpatic corespunzător dau cîteodată rezultate bune.

Tratamentul chirurgical constă în simpaticotomie periarterială, intervenţie asupra bontului sau radicotomie posterioară, mielotomie transversă şi mai ales cordotomie cervicală.

În algohalucinaţii, chirurgia este dezarmată. Intervenţiile joase (neurotomia, radicotomia sau cordotomia) dau rezultate tranzitorii. Psihoterapia şi tranchilizantele sînt tratamentele cele mai uzuale.

Din cele arătate se poate deduce că nevralgiile formează un capitol important din punct de vedere diagnostic, dar mai ales al conduitei terapeutice complexe ; tratamentul pe etape ne-a dat rezultatele cele mai bune.

II. Manifestări reumatismale în alte boli

În capitolul acesta vom trece în revistă, în mod foarte sumar, manifestările de tip reumatic sau reacţiile articulare, care survin în cursul diferitelor stări patologice. Nu vom aminti de reumatismele secundare, din alte boli, care au fost descrise într-un capitol aparte, sub numele de reumatism secundar de cauză cunoscută.

Urmînd clasificaţia Academiei R.P.R. şi a Ministerului Sănătăţii şi Prevederilor Sociale, în acest capitol vom vorbi despre manifestările reumatismale din colagenoze, alergoze, stări dismetabolice, endocrinopatii, neoplazii şi de manifestările reumatismale de origine traumatică, psihică, digestivă, hepatocolecistică etc.

1. Manifestările reumatismale din colagenoze

Klemperer, Pollack şi Baehr, în 1942, au cuprins sub denumirea de boli de colagen un grup de afecţiuni cu caractere clinice diferite, avînd însă comun procesul anatomopatologic de degenerescenţă fibrinoidă a ţesutului colagen.

Din punct de vedere histologic, colagenul este compus din : celule (histiocite, fibroblaşti şi mastocite) ; fibre colagene,

reticulare şi elastice, substanţă interfibrilară sau fundamentală, denumită şi cimentoasă, în care se găsesc diferite elemente (apă, electroliţi, proteine şi mucopolizaharide).

Elementul bazal al unei fibre colagene este macromolecula procolagenă. Macromoleculele se grupează în lanţuri polipeptidice, mai multe lanţuri se reunesc în protofibrile, mai multe protofibrile în fibrile şi mai multe fibrile în fibre. Fibrele colagene se reunesc în fascicule, fasciculele în tendoane, ligamente, capsulă ligamentară etc.

Colagenul este supus unui proces de depolimerizare, adică de dezagregare a mucopolizaharizilor din substanţa bazală, în mici molecule prin acţiunea hialuronidazei.

Din grupul bolilor de colagen, care se însoţesc de manifestări de tip reumatismal, vom cita : lupusul eritematos diseminat ; periarterita nodoasă ; sclerodermia ; dermatomiozita şi arterita temporală.

Caracterele comune ale colagenozelor sînt : toate sînt boli de ţesut conjunctiv ; au la bază procesul de degenerescenţă fibrinoidă ; sînt boli cronice, cu puseuri acute sau subacute ; clinic dau impresia unei boli infecţioase, cu toate că agentul patogen nu este cunoscut ; semnele clinice caracteristice sînt : artrite, leziuni cardio-vasculare, renale, pulmonare, digestive, cutanate, musculare şi nervoase, cu predominanţă variabilă ; din punct de vedere biochimic : γ-globulinele, fibrinogenul şi mucopolizaharidele sînt crescute, iar albuminele plasmatice sînt scăzute ; permeabilitatea vasculară şi tisulară sînt mărite ; debutul colagenozelor şi exacerbările acute pot fi precipitate prin emoţii, eforturi fizice, infecţii intercurente, vaccinuri şi helioterapie ; activitatea procesului colagenotic este suprimată prin ACTH şi cortizon, însă aceasta nu împiedică evoluţia progresivă a afecţiunii.

a) *Lupusul eritematos diseminat* (L.E.D.) este o afecţiune generală a ţesutului conjunctiv, cu repercusiuni umorale şi parenchimatoase, avînd o simptomatologie complexă. Evoluţia bolii este probabil sub dependinţa unui proces imunologic de autoagresiune.

Din punctul de vedere al manifestărilor reumatice L.E.D. poate îmbrăca forma de reumatism poliarticular acut, subacut sau de P.C.E., manifestîndu-se prin artralgii, mialgii, poliartrite, sinovite, oligoartrite şi periartrite. Exantemul poate îmbrăca forma de eritem superficial, infiltrativ, hipercheratoză sau atrofie cicatriceală.

În L.E.D. putem întîlni manifestări cardio-vasculare (endocardita Liebman-Sachs), articulare, hematologice, hepatice, neurologice, oculare, psihice, renale şi pleuro-pulmonare. Boala

apare în 85% din cazuri la femei tinere. Articulaţiile sînt interesate în stadiul cronic în 20% din cazuri, în stadiul acut în 60% din cazuri. Artralgiile de debut apar în 90% din cazuri. Cardiopatiile pot conduce la insuficienţă cardiacă. Caracteristic pentru această boală este prezenţa în sînge a celulelor Hargraves, a fenomenului de rozetă şi a corpusculilor hematoxilinici.

Diagnosticul devine şi mai dificil cînd L.E.D. îmbracă forme atipice : hematologice, hepatice, renale, pleuro-pulmonare (descrise de Bruckner şi colab.) şi digestive (descrise de unul dintre noi).

Obs. 73. — Bolnava E. S., în vîrstă de 27 de ani, se internează pentru dureri articulare simetrice la mîini, glezne, coate, genunchi şi o erupţie pe faţă şi regiunea toracică. În plus se plînge de greaţă, vomismente, inapetenţă, constipaţie, debacluri diareice. Testul Waaler-Rose este negativ. Este vorba de un caz de L.E.D. cu debutul digestiv, avînd un prognostic sumbru şi cu evoluţie rapidă.

La Centrul metodologic republican de reumatologie am urmărit cazuri de lupus discoid care s-au transformat după 46 de ani în L.E.D.

Rezultate trecătoare în tratamentul L.E.D. ne-au dat antimalaricele de sinteză în doze mari şi corticoterapia. Infecţiile intercurente survenite în evoluţia acestei boli pot produce reşute. I. Stoia şi colab., în cadrul Centrului de reumatologie, au publicat 6 cazuri de L.E.D., care s-au activat prin infecţii rickettsiozice. În urma tratamentului cu tetraciclină, hormoni corticoizi şi antimalarice de sinteză, cazurile au prezentat ameliorări trecătoare.

b) *Periarterita nodoasă.* P.N. este o boală de colagen, cu etiologie necunoscută. Are o evoluţie cronică cu remisiuni, îmbrăcînd diverse forme clinice : forma gastro-intestinală, pulmonară, cardio-vasculară, polinevritică, renală şi articulară.

Manifestările reumatismale se întîlnesc într-o proporţie care merge pînă la 57% şi se manifestă sub formă de mialgii, artralgii simple sau artrite. Boala poate cîteodată să prindă, în afară de genunchi, pumnii, coatele şi articulaţiile interfalangiene proximale, simulînd o P.C.E. Biopsia ne clarifică diagnosticul. În P.N. apar frecvent ocluzii coronariene şi ale vaselor renale, accidente tromboembolice, infarcte în pancreas, splină şi ficat, care conduc la insuficienţă cardiacă. În 70% din cazuri se dezvoltă o formă gastro-intestinală ; bolnavii se plîng de dureri abdominale, mai ales în regiunea ombilicală şi a vezicii biliare, prezintă diaree, enteroragii, icter, gangrenă intestinală, ulceraţii şi perforaţii gastro-intestinale. Atingerile sistemului nervos central sînt mai rare, dar foarte variate în localizările lor, dînd

hemiplegii, monoplegii, meningoencefalite diseminate. Cîteodată apar convulsii şi chiar un sindrom bulbar. S-au descris de asemenea forme pulmonare, îmbrăcînd aspectul unui astm sau al unei tumori pulmonare. P.N. se mai poate asocia cu purpura Schönlein—Henoch, cu P.C.E., cu L.E.D. şi dermatomiozitele. Corticoterapia şi antimalaricele de sinteză dau rezultate trecătoare.

Obs. 74. — Bolnavul R. I., în vîrstă de 37 de ani, vine la consultaţie pentru dureri poliarticulare (localizate în genunchi, pumni şi coate), care simulează o P.C.E. Are în plus dureri abdominale, periombilicale, constipaţie alternînd cu diaree, hipertensiune arterială (22/12 cm Hg), hemoptizii repetate (sputa însă nu arată prezenţa bacilului Koch), este febril, iar la examenele de laborator prezintă leucocitoză (11 000) cu polinucleoză (82%), hematurie, albuminurie, cilindrurie. Diagnosticul de P.N. s-a pus prin biopsia unui nodul din regiunea coapsei, care a evidenţiat un aspect histopatologic tipic de periarterită nodoasă. Bolnavul a sucombat în urma unei hemoragii cerebrale.

Într-un tablou clinic amintind o P.C.E., asociată cu hipertensiune, leziuni renale, hemoptizie şi evoluţie progresivă, la un bărbat cu fenomene de polinevrită, trebuie să suspectăm o P.N. Să nu uităm că boala este de 3 ori mai frecventă la bărbaţi decît la femei.

c) *Sclerodermia* este mai frecventă la femei de vîrstă mijlocie ; debutează frecvent printr-un sindrom Raynaud, cu acroscleroză sau cu sclerodactilie.

Începe adesea cu mialgii şi artralgii, care preced cîteodată cu ani de zile leziunile cutanate. Se însoţeşte adesea de contracturi musculare. Deformaţiile articulare, mai ales la degete, apar mult mai tardiv şi sînt frecvente, într-o proporţie ajungînd pînă la 55%. Este una din colagenozele care cu greu se pot confunda cu o P.C.E., cu toate că radiologic ambele afecţiuni seamănă.

În primul stadiu predomină de obicei leziunile cutanate, la care se asociază mai tîrziu cele viscerale şi ale aparatului locomotor, care însă uneori pot să apară chiar la începutul bolii. Colagenul din derm este iniţial omogenizat şi edemaţiat, cu infiltraţii perivasculare de limfocite şi fibrocite ; ulterior apare induraţia pielii cu atrofie, ţesutul adipos subcutanat fiind înlocuit printr-un ţesut fibros şi zone de calcificare : aceste modificări pot să fie observate uneori concomitent. În muşchi se întîlneşte ţesut conjunctiv proliferat cu arteriole obliterate. Frecvent, rinichiul este lezat. Constatăm complicaţii pulmonare şi cardiace (miocardite, endocardite, pericardite). În sclerodermie, tubul digestiv, de la cavitatea bucală pînă la anus, poate să fie interesat ; apar zone de leziuni sclerodermice pe mucoasa buzelor şi a cavităţii bucale, în muşchii esofagului, stomacului, intestinului subţire şi gros. Clinic apar diaree şi uneori vomismente. Artropatiile constau în artralgii, rigiditate şi contracturi musculare.

Deformaţiile sînt de obicei secundare leziunilor cutanate. Fibroza poate să producă în cazuri grave ischemia degetelor şi a mîinii, cu atrofie osoasă şi liză consecutivă.

Noi am descris 11 cazuri de sclerodermie cu debut de sindrom Raynoud. În 76% din cazuri am întîlnt complicaţii abdominale, inclusiv stenoză esofagiană. Am întîlnit P.C.E. forma sclerodermică, care are o evoluţie mai benignă şi mai puţin inflamatoare, îmbrăcînd forma ectosimpatozică.



Fig. 39. — Sclerodermie.

Vom expune sumar două din aceste cazuri.

Obs. 75. — Bolnava R. C., în vîrstă de 42 de ani, vine la consultaţie pentru infiltraţii dureroase ale tegumentelor de la degete şi mîini şi pentru crize succesive de paloare şi cianoză a extremităţilor, fenomene care se accentuează la frig şi apă rece. Crizele de la nivelul degetelor, însoţite de paloare, dispar la apă caldă. Bolnava are în ultimul timp o senzaţie de constricţie localizată în mîini ; suferă de inapetenţă, balonări după mese, constipaţie alternînd cu diaree. La examenul obiectiv, pielea, îngroşată pe mîini şi pe faţă, pigmentată, întinsă, lucioasă ne permite diagnosticul de sclerodermie. Tratamentul cu ACTH a adus ameliorări ; unguentul cu Sintofolin 1% a muiat pielea ; tulburările digestive au persistat.

Obs. 76. — Bolnavul S. C., în vîrstă de 46 de ani, consultă pentru dureri în articulaţiile radio-carpiene şi interfalangiene bilateral, îngroşarea tegumentelor la mîini şi la faţă. Boala a apărut în urmă cu 3 ani, printr-un sindrom Raynaud. Pe lîngă fenomenele articulare, bolnavul prezintă tulburări digestive, cu accese de diaree alternînd cu constipaţie, mai ales după o alimentaţie intempestivă. Se pune diagnosticul de sclerodermie cu tulburări digestive.

Hormonoterapia, mai ales ACTH, dă ameliorări trecătoare.

Sclerodermia se poate asocia cu dermatomiozita, calcinoza cutanată, ***acantosis nigricans***, purpura Schönlein şi pneumoconioza.

d) *Dermatomiozita* se caracterizează prin dureri şi slăbiciune musculară progresivă, cu atrofii şi contracturi, mai ales în muşchii cefei, umerilor şi bazinului. Atingerea muşchilor orbitei dă diplopie şi pareza muşchilor oculari ; atingerea muşchilor laringelui produce afonie, a muşchilor deglutiţiei disfagie, a toracelui şi diafragmului insuficienţă respiratorie. Cazurile descrise pînă în prezent nu sînt numeroase şi uneori ele simulează o sclerodermie. În 17% din cazuri se asociază cu neoplasmul. Boala afectează în egală măsură cele două sexe, debutînd mai ales între 20 şi 40 de ani prin febră, cu faze de remisiune şi exacerbare. Muşchii cu timpul se întăresc, sînt dureroşi la palpare, dînd crampe intermitente. Artropatiile se întîlnesc într-o proporţie de 5—12%, uneori îmbrăcînd forma de P.C.E. cu subluxaţii, dezaxări, deviaţii cubitale şi atrofia muşchilor interosoşi.

La examenul de laborator găsim creatinemia, creatinuria şi creatininuria mărite, albuminurie, eozinofilie, V.S.H. accelerată.

Bolnavii prezintă rar insuficienţă coronariană. Simptomele digestive se manifestă prin disfagii, crampe abdominale, diaree rezistentă la tratament, hipotonia sfincterelor, hipoperistaltism intestinal, spleno- şi hepatomegalie. Noi am întîlnit 2 cazuri de dermatomiozită cu tulburări digestive, în care starea abdominală s-a agravat prin corticoterapie. Vom expune unul din cazuri.

Obs. 77. — Bolnavul I. R., în vîrstă de 36 de ani, vine la consultaţie pentru eritem în regiunea gîtului şi pe spate, dureri articulare şi slăbiciune musculară. Suprafaţa eritematoasă este dureroasă, edematoasă, iar prin apăsare lasă uşor godeu. Durerile sînt mai ales în coate, pumni şi degetele mîinilor ; edemul roşu se întinde şi pe piept, spate şi braţe. Biopsia ne confirmă diagnosticul.

Dermatomiozita îmbracă forma latentă, acută şi forma cu debut poliartritic. Se poate asocia cu L.E.D., sclerodermia, cancerul şi calcinoza.

e) *Calcinoza,* denumită şi guta calcară, este o afecţiune rară, circumscrisă sau difuză. Această boală este caracterizată prin retenţie de calciu în ţesutul conjunctiv (niciodată în ţesutul parenchimatos). Uneori, ea se poate asocia concomitent cu sclerodermia, dermatomiozita şi boala Raynaud. Noi am întîlnit 2 cazuri de calcinoză difuză cu plăci calcare, unele ulcerate ; vom expune unul din aceste cazuri în observaţia 78.

Obs. 78. — Bolnava M. S., în vîrstă de 47 de ani, se internează pentru dureri articulare difuze la membrele inferioare şi superioare şi mai ales dureri musculare în muşchii coapsei şi braţelor, ca şi în regiunea dorso-lombară. La examenul obiectiv se constată în aproape toţi muşchii membrelor şi spatelui plăci de consistenţă dură, dureroasă,

uneori ulcerate, paralel cu o stare generală alterată (bolnava este foarte emaciată). După afirmațiile bolnavei, afecțiunea a debutat cu 10 ani în urmă, prin tulburări circulatorii de tip Raynaud, după care mușchii s-au înroșit și edemațiat, iar cu timpul s-au indurat. În cazul de față, boala se pare că a început printr-un sindrom Raynaud, urmat de fenomene de dermatomiozită, și s-a terminat cu o calcinoză.

Grupul miozitelor fibroase și cronice sau fibrocalcare a făcut obiectul a numeroase lucrări. Uneori, aceste afecțiuni încep prin puseuri inflamatoare, cu edeme pseudoflegmonoase, lăsînd indurații, care cu timpul iau înfățișarea de plăci calcare ; aceste puseuri răspund slab la corticoterapie. Tardiv, bolile se pot însoți de polinevrite dureroase cu ulcerații și tulburări trofice cutanate, cu abolirea reflexelor palpebrale la lumină.

f) *Polimiozitele* pot îmbrăca forma edematoasă, pseudomiopatică, pseudomiastenică și de poliomiozită cronică prelungită. Mușchii rădăcinii membrelor sînt cei mai interesați. Forma cronică, descrisă de Petges, se asociază frecvent cu neoplasmul, sclerodermia, L.E.D., tireotoxicoza și miastenia.

Forma acută de poliomiozită sau boala Unverricht-Wagner îmbracă o formă rapid progresivă, cu un prognostic grav.

Obs. 79. — Bolnavul V. S., în vîrstă de 24 de ani, după un efort muscular intens (muncă la zăpadă) este cuprins de febră, dureri musculare generalizate și prezintă o stare generală gravă. La examenul obiectiv se constată : mușchii membrelor superioare și inferioare sînt edemațiați, dureroși, pielea este roșie, ușor inflamată. Cu timpul, bolnavul cade în comă și sucombă cu diagnosticul de polimiozită acută : nu a reacționat la nici un tratament. Notăm că în timpul acela (1942) nu exista medicația cortizonică.

g) *Hipodermitele,* mai ales boala Weber-Christian, sînt socotite de unii autori ca făcînd parte tot din colagenoze.

h) *Arterita temporală* este socotită de unii autori ca o boală de colagen. Ea se asociază în 15% din cazuri cu polimialgia reumatică (pseudoartrita rizomelică), care predomină la persoanele în vîrstă și se manifestă prin dureri în mușchii centurilor humerale și pelviene.

Clinicienii trebuie să se gîndească și la bolile de colagen, mai ales în formele atipice de reumatism, cu evoluție progresivă și prognostic grav.

Noi am descris bolile de colagen cu debut digestiv, cu evoluție rapidă și prognostic sever.

Persistența tulburărilor digestive în cursul bolilor de colagen, cu tot tratamentul aplicat, arată că aceste tulburări țin direct de leziunile de colagen ale tubului digestiv, denotînd că sîntem în fața unui caz grav. Din contra, dispariția tulburărilor digestive după tratament dovedește că aceste tulburări sînt secun-

dare unei infecţii supraadăugate sau unui regim alimentar necorespunzător, denotînd un prognostic benign.

Apariţia unor tulburări digestive în cursul bolilor de colagen ne obligă să le tratăm cît mai precoce şi să întrerupem orice medicaţie pe cale bucală, înlocuind-o printr-una parenterală.

În ceea ce priveşte P.N., cînd se asociază cu P.C.E. îmbracă forme mai benigne, cu un prognostic mai puţin sever.

Sulfamidele, salicilaţii şi antibioticele produc hipersensibilizare în P.N. ; hidralazina, ultravioletele şi helioterapia în L.E.D.

Acestea sînt cîteva din concluziile studiului nostru îndelungat în bolile de colagen.

2. Manifestări reumatismale în boli alergice

Alergia constituie substratul patogenic al unui mare număr de stări anormale din patologia umană. Relaţia dintre reumatism şi alergie este o problemă mult discutată în lucrările lui Klinge, Rössle, Nesterov şi alţii. Asemănarea dintre reumatismul Bouillaud-Sokolski şi manifestările reumatismale din boala serului a făcut pe clinicieni să încline patogenia reumatismului către teoria alergică. Argumentele cele mai puternice în această privinţă, care au fundamentat concepţia alergică a reumatismului acut, legînd-o de etiologia streptococică, s-au bazat pe o serie de probe, mai ales histopatologice şi experimentale. Reumatismul inflamator ar fi produs printr-o alergie toxiinfecţioasă a articulaţiilor şi a ţesuturilor periarticulare.

Factorul toxic-alergic se revarsă din focarele infecţioase spre aparatul locomotor, sensibilizînd apoi întreg organismul, mai ales elementele conjunctive ale aparatului locomotor şi determină manifestări reumatismale de diferite grade. Aceste reacţii tisulare la distanţă sensibilizează organismul în etape. În procesul de alergie reumatismală, infecţia de focar joacă un rol considerabil ; extirparea infecţiei de focar (amigdaliană, dentară etc.) aduce uneori vindecarea manifestărilor reumatismale. În afară de toxinele microbiene, mai contribuie la sensibilizarea organismului şi alte substanţe proteice de dezintegrare, care se găsesc în infecţiile de focar. Aceste antigene (toxine şi proteine de dezintegrare) contribuie la sensibilizarea organismului şi apoi la determinarea manifestărilor reumatismale.

Boala reumatismală de natură streptococică nu are o patogenie exclusiv microbiană, ci infecto-alergică ; substratul ei patogenic este reprezentat de hiperreactivitatea alergică a organismului. Concepţia infecţios-alergică a bolii Bouillaud-Sokolski are numeroşi adepţi. În clinică se observă apariţia de poliartrite acute

după injecţii de seruri sau o proteină străină. La fel ar acţiona şi frigul, care favorizează declanşarea durerilor reumatice, prin mărirea reacţiilor inflamatoare alergice.

Reumatismele neinflamatoare de tip anafilactic se pot explica tot printr-un mecanism alergic. Cea mai tipică artropatie alergică este cea serică (boala serului) sau artropatii după diferite medicamente, alimente etc.

a) *Boala serului*, care apare după o injecţie de ser, la persoanele care au mai făcut anterior injecţii cu ser ; artropatiile din boala serului îmbracă forma acută sau subacută, monoarticulară, oligoarticulară şi uneori poliarticulară. Boala începe cu artralgii sau artrite migratoare, de obicei brusc, la 7—14 zile după ce a fost introdus factorul alergic în corp şi dispare fără sechele, cînd bolnavul nu mai este sub influenţa alergenului.

În boala serului, la 7—14 zile după o injecţie de albumină străină sau după introducerea de sînge sau plasmă apare o poliartrită acută inflamatoare fluxionară, febrilă, însoţită cîteodată de manifestări cutanate (urticarie), de adenopatii şi în unele cazuri severe chiar de manifestări renale. Aceste manifestări reumatismale seamănă cu boala Bouillaud-Sokolski din punct de vedere clinic şi pînă la un punct chiar şi anatomopatologic. Ca şi în boala Bouillaud-Sokolski, în manifestările reumatismale din boala serului găsim şi noduli reumatici. Deosebirea dintre nodulul Aschoff-Talalaev şi nodulul din boala serului este că în primul predomină celule bazofile şi reacţia este perivasculară, fără necroză, iar în al doilea predomină limfocitele.

La persoanele care suferă de P.C.E. poate surveni o recidivă după boala serului. S-a observat de altfel şi apariţia reumatismului Bouillaud-Sokolski după o injecţie de ser antidifteric.

Persoanele alergice pot suferi de astm bronşic, urticarie, migrenă, edem Quincke, eczemă, febra de fîn, şoc anafilactic, avînd o reactivitate anormală faţă de diverse substanţe alergizante. Contra acestor substanţe (antigene sau alergene), organismul produce anticorpi.

Artropatia serică neinflamatoare se manifestă în 50% din cazuri prin artralgii sau artrite seroase cu edem periarticular, care apar brusc şi dispar după un timp scurt fără să lase sechele.

Este însoţită de erupţii cutanate, cefalee, greţuri, vărsături, febră, prurit. Prognosticul este bun, iar tratamentul constă în calciu, antihistaminice, novocaină ; în formele severe se administrează corticosteroizi şi ACTH. Aceste artropatii pot îmbrăca uneori şi forme cronice cu puseuri repetate.

b) Manifestările reumatice pot surveni uneori în cursul unei *alergii medicamentoase* induse de Gardenal, brom, iod, antibiotice. Boala hidralazinică se manifestă frecvent prin artralgii, iar Gardenalul poate provoca o periartrită scapulo-humerală la persoanele care manifestă o sensibilitate deosebită faţă de el.

c) *Artropatiile proteinice* apar după dezintegrarea proteinelor endogene (de exemplu, după resorbţia exsudatelor sau edemelor), după autohemoterapie sau după o criză de hemoglobinurie paroxistică. De asemenea se observă manifestări reumatismale după alergia la diverse proteine alimentare (peşte, ouă).

Reumatismul alergic se asociază frecvent cu astmul bronşic.

d) *Reumatismul alergic de tip Kahlmeter* îmbracă un aspect asemănător cu cel al reumatismului Bouillaud-Sokolski. Cedează la tratament antialergic şi antihistaminic şi nu prinde inima.

e) *Sindromul Fanconi-Wissler* se manifestă prin artralgii, febră, leucocitoză şi exanteme fugace. Are o evoluţie prelungită, cu puseuri conducînd adesea la sindromul Still. Adesea ACTH şi hormonii corticoizi dau rezultate bune.

f) *Manifestările acute de gută* sînt considerate de unii ca fiind tot de natură alergică. Sînt autori care cred că nu acidul uric depus în articulaţii predispune la alergie articulară, ci alergia articulară predispune la depunerea locală a acidului uric şi la declanşarea accesului de gută.

Chiar şi bolile de colagen sînt socotite de unii autori ca aparţinînd patologiei alergice.

Manifestările reumatismale din boala serului sînt banale; mult mai frecvente sînt manifestările alergice legate de alergene alimentare la un bolnav cu suferinţe digestive. Nu rar întîlnim dureri reumatice la persoanele care suferă de tulburări gastro-intestinale. Aceste dureri sînt exacerbate de ingestiile de alimente alergizante, după cum ne arată observaţia pe care o prezentăm în cele ce urmează.

Obs. 80. — Bolnava M. N., în vîrstă de 38 de ani, vine la consultaţii pentru artralgii în membrele superioare şi inferioare însoţite uneori de prurit şi urticarie discretă, mai ales după mese. Suferă de constipaţie alternînd cu diaree, este balonată, are inapetenţă, aerocolie şi aerofagie. V.S.H. 5/16 mm, ASLO normal, colesterolemia, acidul uric şi ureea în sînge normale; în urină nimic patologic. Se tratează cu lactat de calciu, Triferment, doze mici de aspirină în caz de dureri şi $1/2$ comprimat de Romergan, totul reintrînd în ordine.

În cazul de faţă este vorba de un reumatism alergic produs prin absorbţia proteinelor alimentare într-un tub digestiv suferind. Am expus această observaţie fiind cea mai frecventă manifestare reumatismală de natură alergică, care trece adesea neobservată.

3. Manifestări reumatismale în afecţiuni dismetabolice

În capitolul de faţă vom vorbi de rolul componentei dismetabolice în manifestările reumatismale. Nu este precizată pînă în prezent corelaţia dintre aceste tulburări biochimice şi afecţiu-

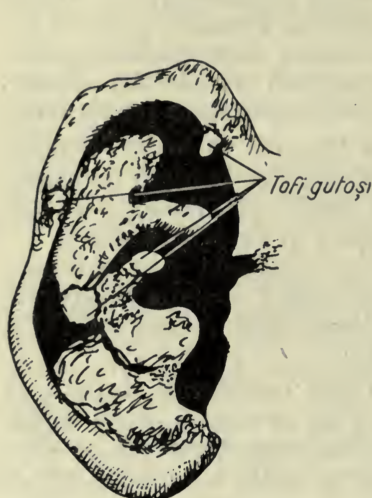


Fig. 40. — Tofi gutoşi la ureche.

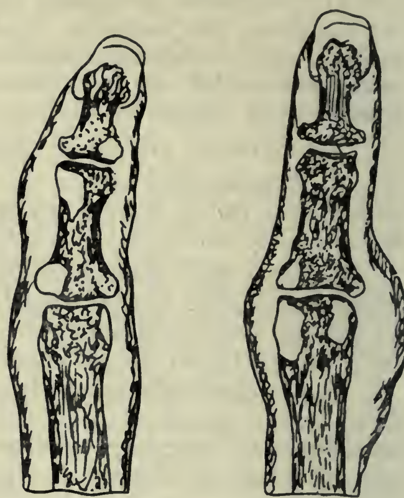


Fig. 41. — Gută ; chisturi osoase precis delimitate la marginea feţelor articulare.

nile reumatismale degenerative. Este interesant să stabilim legătura dintre diversele componente dismetabolice în bolile reumatismale degenerative, mai ales în stadiul precoce, pentru o eventuală profilaxie a bolii, a recidivelor şi a eventualelor boli asociate. De corectarea tulburărilor metabolice depinde evoluţia clinică a bolii artrozice cu componentă dismetabolică. Dintre bolile metabolice cu manifestări reumatismale amintim : guta, diabetul, ocronoza, obezitatea şi xantomatoza.

a) *Guta* este o tulburare de regulă ereditară şi familială a metabolismului purinelor şi nucleoproteidelor. Apare mai frecvent între 40 şi 60 de ani, cu predominanţă la bărbaţi şi se caracterizează prin concentraţia mărită a acidului uric în organism. Se pare că la gutoşi există o hiperproducţie de acid uric, care explică hiperuricemia.

În ultimul timp, mai ales în Europa, guta clasică caracterizată printr-un atac tipic cu debut în articulaţia metatarso-falangiană a degetului mare de la picior a diminuat mult ; din contra,

cazurile atipice de gută sînt mai frecvente. Noi am publicat forme atipice de gută cu manifestări reumatismale.

Guta atipică poate să îmbrace forma poliarticulară, oligoarticulară, monoarticulară, neuromialgică şi forma cronică. Guta cronică poliarticulară poate simula o P.C.E., avînd tofii localizaţi la mîini ; toful este dovada sigură de gută. Guta acută este o sinovită alergică. Cu timpul, în articulaţiile gutoase se dezvoltă artrite cronice, iar mai tîrziu artroze. Guta cronică se asociază frecvent cu reumatismul degenerativ. Tofii se localizează la cot, degete, genunchi, rar în coloana vertebrală etc. Genunchiul gutos este o hidartroză cu lichid abundent ; radiografic se caracterizează prin chisturi osoase, uzuri cartilaginoase sau defecte marginale în conturul osos, limitate la marginea suprafeţelor articulare, spaţiul interarticular rămînînd intact. În cazurile de debut, radiografia în gută poate să nu arate nimic patologic ; în cazurile cronice putem găsi dezaxări şi subluxaţii, produse din cauza distrucţiei feţelor articulare. În gută nu găsim osteoporoză.

Guta se poate complica cu nefroscleroză, nefrolitiază, în 20—30% din cazuri ; insuficienţă renală, hipertensiune arterială, bursită, flebită, epicondilită, infarct miocardic, scleroză coronariană, irite, aponevrozite, tendinite, boala Dupuytren, eczeme etc.

Guta se poate asocia cu obezitatea în proporţie de 34—50%, cu artroza în 22—40%, cu diabetul în 20—40%, cu P.C.E. în 5—7%, cu S.A. în 3—5%, cu P.S.H. în 15%, cu anemia pernicioasă, leucemia mieloidă, boala Vaquez, cu bronşita astmatiformă, în 5%, cu migrena în 12%, cu hipotiroidia în 20—33%, cu hipoparatiroidismul, icterul hemolitic, colelitiaza, saturnismul, boala Paget, epilepsia şi xantomatoza familială. La gutoşi, în 20—30% din cazuri, se găseşte o glicemie mărită, iar în 40% din cazuri o ereditate diabetică. S-a observat că dacă un gutos face diabet, acidul uric scade.

Obs. 81. — Bolnavul F. I., în vîrstă de 43 de ani obez, vine la consult pentru dureri violente în genunchiul drept şi impotenţă funcţională. Afirmă că aceste dureri articulare survin sub formă de accese, care se repetă de mai mulţi ani. Bolnavul este hipertensiv, are o bronşită astmatiformă şi o insuficienţă coronariană. Probele de laborator arată acidul uric în sînge 0,075 g‰, colesterolemia 3,40 g‰, glicemia 1,25 g‰. Se pune diagnosticul de gută. Prin regim şi fenilbutazonă în cîteva zile totul reintră în normal. După terminarea accesului i s-a indicat un regim antigutos şi i s-a administrat Benemid. Cu toate acestea, accesele s-au repetat, iar acidul uric în sînge a rămas la cifra de 0,064 g‰. Glicemia după 1 an s-a ridicat la 1,65 g‰ cu 11 g‰ glucoză în urină. Acidul uric în ser a scăzut la 0,045 g‰. Au apărut semne de nefroscleroză.

Este vorba de un gutos obez, hipertensiv, cu bronşită astmatiformă, cu hipercolesterolemie, la care s-a asociat diabetul. După apariţia diabetului, acidul uric a scăzut, iar accesele articulare de gută au cedat.

Ca tratament, în accesul de gută se dă : colchicină, fenilbutazonă, Tanderil, Griseofulvină, ACTH şi hidrocortizon local. În guta cronică dă rezultate bune Probenecidul (Benemidul), Anturanul, Urelimul, plus regim antigutos, băi radioactive şi cura hidrominerală. Manifestările reumatice de natură gutoasă apar la persoanele obeze sau bine dezvoltate.

Hiperoxalemia este tot o boală metabolică, însoţită uneori de manifestări reumatismale cronice. În comparaţie cu diateza urică, persoanele cu hiperoxalemie şi manifestări reumatice sînt palide, astenice, cu un deficit ponderal, hipotensive, cu ptoză viscerală, cu stări psihice depresive, migrene şi oboseală intelectuală. Ceea ce domină tabloul clinic aici este distonia neurovegetativă şi astenia accentuată. Majoritatea bolnavilor suferă de tulburări hepato-digestive şi sindrom colibacilar. Din punct de vedere reumatic predomină poliartralgiile, neuromialgiile, cu localizare electivă scapulară şi dorsalgiile.

Ca boli asociate amintim diversele afecţiuni gastro-intestinale, pancreatice, hepatice, biliare, colibacilare, cardio-vasculare şi alergice.

Tratamentul este complex : regim, cultură fizică, masaj, tonice (hormoni anabolici, vitamine, extracte hepatice, insulină etc.).

Guta calcinoasă apare mai frecvent la femei, cu depozite circumscrise de calciu, mai ales în articulaţiile degetelor mîinilor. *Sindromul Weissenbach-Thibierge* este o calcinoză şi o lipoidoză cu evoluţie progresivă, localizate la mîini, realizînd în formele severe un tablou asemănător sclerodermiei.

Calcinoza generalizată apare la tineri şi copii. Se localizează în piele, muşchi, tendoane, fascii şi nervi. O formă musculară de miozită osifiantă progresivă este şi *sindromul Münchmeyer*.

Lipoidozele pot produce manifestări reumatismale graţie depozitelor de lipoizi din ţesuturi, care dau naştere la reacţii proliferative şi granulomatoase. Amintim : *boala Gaucher* cu depozite de kerazină în ţesuturi şi manifestări reumatice la copii, *boala Niemann-Pick* cu tulburări ale metabolismului fosfatidelor şi *xantomatoza* (normocolesterinică şi hipercolesterinică) care poate da manifestări reumatice, simulînd uneori chiar P.C.E. (astfel de cazuri au fost publicate de unul dintre noi).

b) În *diabet,* manifestările osoase şi osteo-articulare constau în : osteoze diabetice şi osteoartrite, mai ales la coloana vertebrală, craniu, bazin, capul femural şi picior. Diabetul se asociază în 50% din cazuri cu spondiloza hiperostozică şi boala Dupuytren. Spondiloza hiperostozică cu diabet apare mai ales la persoane obeze, de vîrstă mijlocie, mai mult la bărbaţi. Localizarea

este în regiunea dorsală, cu manifestări clinice minime, fără anchiloze, articulaţiile sacroiliace rămînînd intacte. Pe coloana dorsală se formează punţi unite, dînd imaginea de ceară curgînd de sus în jos. Coloana lombară este de obicei liberă, coloana cervicală participă uneori la procesul hiperostozic. Diabetul precede spondiloza şi este benign.

În diabet s-au observat de asemenea periostoze şi tendinoze pelviene, hiperostoza articulaţiei condro-sternale, hiperostoza frontală internă precoce a craniului (în 26% din cazuri), exostoze calcaneene, noduli Heberden şi Bouchard. Aproape toate artropatiile la diabetici sînt indolore. Caracteristic pentru diabet este „piciorul cubic diabetic“, o artroză cu proliferări hiperostozice, care seamănă puţin cu acromegalia. Artropatia diabetică a piciorului prinde tarsul, metatarsul proximal şi falangele, producînd excrescenţe periostale, osteoporoză pătată, scleroza spongioasei, dezaxări şi deformaţii. Rar se produce liza metatarso-falangiană cu telescopaj. Totuşi, leziunile de osteoporoză, osteoscleroză şi artroză nu sînt specifice diabetului. Pe dosul piciorului diabetic se observă o hiperostoză indoloră cu o perniţă la nivelul articulaţiilor cuneiforme, metatarsiene şi scafo-cuneiforme. Osteoartritele aici sînt sau osteite infecţioase sau artropatii trofice. Osteitele sînt metatarso-falangiene, mai ales pe degetul I şi al V-lea. Clinic apar tulburări vasomotorii, căldură locală cu roşeaţă uneori dînd chiar un flegmon sau *malum perforans* plantar fără dureri. Frecvent întîlnim semne neurologice : areflexie achiliană, hiperestezii şi parestezii ; tulburări motorii nu apar. Radiologic observăm leziuni distructive şi liză, mai ales medio-tarsiană cu calcificări periarticulare.

Artropatiile diabetice la genunchi şi la articulaţiile tibiotarsiene sînt rare. La bărbat, artropatiile diabetice se însoţesc de hiperostoză, iar la femei de osteoporoză. La cei cu osteoporoză trebuie date doze mari de insulină, diabetul aici fiind insulinorezistent ; în hiperostoze este suficient regimul antidiabetic. În terapia artropatiilor diabetice nu se administrează nici ACTH, nici corticosteroizi, deoarece au efect diabetogen.

Frecvent, la diabetici cu manifestări artrozice întîlnim nevralgii şi nevrite, rebele la tratament, după cum dovedeşte cazul pe care îl expunem în observaţia 82.

Obs. 82. — Bolnavul M. N., în vîrstă de 73 ani, consultă pentru dureri în regiunea dorsală cu iradieri de-a lungul hemitoracelui stîng. Este hipertensiv, diabetic, şi are spondiloză dorso-lombară. A avut cu cîteva săptămîni înainte zona zoster. Tratamentul urmat pînă la prezentarea la consultaţie a constat din radioterapie, insulină şi regim antidiabetic, sedative şi antialgice. Rezultatele au fost mediocre din cauza multiplelor afecţiuni ale bolnavului : diabet, spondiloză, hiper-

tensiune arterială și algii postzosteriene. Tratamentul prin injecții intradermice cu novocaină, ser antistafilococic și Griseofulvină *per os* (1 g/24 de ore) a dat rezultate superioare.

c) *Ocronoza* este o afecțiune caracterizată printr-un deficit enzimatic familial în metabolismul tirozinei și fenilalaninei. Lipsa oxidazei la bolnavii cu ocronoză face ca produsul final al dezagregării să fie acidul homogentizinic în loc de uree. Acidul homogentizinic se acumulează în țesuturi și le colorează în albastru-închis. Cartilajul, sclerotica, corneea, inserția tendoanelor și, mai rar, pielea prind o culoare închisă ca melanina, aproape neagră, producînd în țesuturile respective leziuni inflamatoare și degenerative. Boala apare între 40 și 50 de ani, fiind atacate mai ales discurile intervertebrale și articulațiile coxo-femurale ; discurile se calcifică, dezvoltîndu-se o spondiloză cu sinostoza corpilor vertebrali, mai ales în regiunea dorsală și cu anchiloza articulațiilor mici intervertebrale ; bolnavii scad în înălțime. În cartilajul pavilionului urechilor și al nasului descoperim adesea ocazional un colorit albastru-închis. Urina bolnavilor în contact cu aerul se colorează în brun-închis, spre negru ; de aici și numele de alcaptonurie.

Din punct de vedere anatomopatologic, în ocronoză este vorba de o osteocondrită disecantă.

Radiologic observăm artropatii hipertrofice cu zone de osteoporoză ; discurile și plăcile intervertebrale sînt calcificate.

Ocronoza dă complicații cardio-vasculare, mai ales coronariene. În cazurile grave apar anchiloze ale corpilor vertebrali.

Clinic, ocronoza simulează S.A. ; rar dă paraplegii spastice. Se asociază cu gușa endemică în 70% din cazuri. Uneori, coloana vertebrală devine fixă.

Ca tratament se administrează în afară de radioterapie și corticoizi, pe cale generală și locală, vitamina C și un regim sărac în proteine.

d) *Obezitatea* se asociază frecvent cu boala artrozică, mai ales la femei după menopauză. În 52% din cazuri, femeile obeze suferă de artroze și spondiloze ; bărbații numai în 37% din cazuri. Gonartroza se observă de două ori mai frecvent la obezi decît la cei slabi. Hipotonia musculară la persoanele obeze duce la diferite deformări (lordoză lombară, picior plat etc.). Obezii suferă de celulite difuze, adipozitate dureroasă, gonartroze și coxoze. Obezitatea se asociază frecvent cu guta, diabetul zaharat și hipertensiunea arterială. Un regim contra obezității este cel mai bun tratament preventiv pentru afecțiunile cardio-vasculare, boala artrozică și gută.

Printre bolile metabolice cu manifestări osteo-articulare mai putem aminti : *sindromul Toni-Debré-Fanconi* la copii, caracte-

rizat prin artralgii fugace, leziuni renale, glicozurie, hiperfosfaturie şi hiperaminoacidurie ; *rahitismul vitaminorezistent hipofosforemic* la copii mici, cu nanism şi deformaţii ale membrelor ; *hipofosfatazia* cu rahitismul sever, la copii cu inteligenţa redusă. Toate aceste trei boli sînt ereditare.

4. Manifestări reumatismale în endocrinopatii

De la început vrem să precizăm că nu este vorba de un reumatism endocrin, ci de factorii endocrini, care intervin în patogenia diferitelor forme de boli reumatismale inflamatoare şi degenerative. Terenul endocrin există ca factor favorizant în apariţia şi evoluţia diferitelor forme de afecţiuni reumatismale. Nu se poate vorbi de un reumatism realizat exclusiv prin tulburări endocrine, după cum nu se poate vorbi de un reumatism provocat exclusiv de factori microbieni, traumatici, metabolici, de uzură etc., fără participarea factorilor endocrini, enzimatici sau vitaminici.

În boala Bouillaud-Sokolski, care apare la fete între 11 şi 13 ani, nu se poate nega existenţa unei componente endocrine ca o cauză favorizantă importantă. Milcu şi colab. au descris sindromul umăr-mînă acut dureros în tireotoxicoze, iar în reumatismul Bouillaud-Sokolski au evidenţiat hipertiroidismul dat de tiroidita reumatică.

În P.C.E., menopauza joacă un rol important în declanşarea acestei boli. Ravault afirmă că menopauza ar avea în 36% din cazuri un rol declanşant, iar în 25% agravant. Cattan, Carasso şi Layani au raportat cazuri de P.C.E. la acromegalici ; această asociere ar putea fi considerată, după teoria lui Selye, ca fiind datorită unui exces de hormoni somatotropi, care ar genera diverse artrite inflamatoare ; după alţi autori, aceasta nu ar fi decît o coincidenţă.

Rolul insuficienţei tiroidiene în geneza reumatismelor inflamatoare pare nulă. Ravault, Roche şi Berthier au întîlnit P.C.E. la un mixedematos clasic ; opoterapia tiroidiană nu a adus ameliorare semnelor clinice. În plus s-au comunicat exacerbări ale P.C.E. după tiroidectomie.

Faptele clinice pun în evidenţă raporturi care unesc corticosuprarenala cu diferitele afecţiuni reumatismale ; sînt descrise artrite, provocate prin dezoxicorticosteron. De Gennes şi colab. au observat la addisonienii trataţi prin injecţii de DOCA, în soluţie uleioasă, manifestări articulare, care au apărut rapid la cîteva săptămîni după debutul tratamentului, îmbrăcînd forma de poliartralgii simple, de intensitate variabilă, fără semne obiec-

tive. Deseori a apărut o poliartrită subacută febrilă, fugace şi mobilă, asemănătoare cu boala Bouillaud-Sokolski ; în alte cazuri, această poliartrită a îmbrăcat o formă prelungită, asemănătoare cu P.C.E. Aceste manifestări articulare se vindecă rapid prin administrarea de cortizon şi pot să fie evitate dacă în timpul tratamentului cu DOCA se administrează concomitent şi preparate cortizonice.

Faptele clinice şi experimentale nu au putut să ajungă la concluzia că în reumatismele inflamatoare ar exista o hipersecreţie de hormoni mineralocorticoizi.

În reumatismul degenerativ, contribuţia factorului endocrin este şi mai evidentă.

În procesele artrozice, în special la femei, recunoaştem drept cauze, printre altele, existenţa unor tulburări manifeste tireo-ovariene sau hipofizare. Disfuncţiile gonadelor pot crea un teren favorabil artrozelor. Este dovedit că estrogenii şi androgenii exercită un efect protector asupra substanţei fundamentale a ţesutului conjunctiv, ceea ce a impus tratamentul cu estrogeni şi androgeni în unele artroze, avînd după unii autori şi efect analgezic. Organismul feminin prezintă momente endogene suficiente, capabile să declanşeze apariţia spondilozei. După statistica ungară (Richter), 29% dintre muncitoarele de la şantierul de construcţii, care au suferit de spondiloză, au avut insuficienţă ovariană. Artrozele, întîlnite cel mai frecvent la femei, îmbracă forma nodulilor Heberden. Se pare că factorii mai importanţi care intervin în patogenia artrozelor sînt diferiţi : la sexul feminin factorul endocrin, iar la sexul masculin mai frecvent factorul traumatic.

Un factor agravant în boala artrozică este reprezentat de obezitate, întîlnită în 52% din cazurile de artroze care survin la femei faţă de 37% din cele care apar la bărbaţi. M. şi R. Silberberg au arătat că sporirea grăsimilor alimentare la şoareci provoacă artroze, iar Kellgren şi colab. amintesc recent despre incidenţa mare a hipercolesterolemiei la artrozici.

Factorii endocrini par să joace un rol indirect în reumatismul degenerativ. Este stabilit că la bolnavii cu mixedem postoperator apare destul de frecvent o artropatie hipertrofică pneumică, iar în menopauză se dezvoltă în 80% din cazuri noduli Heberden şi osteoporoză. Încă din 1905, Parhon şi Papilian au atras atenţia asupra durerilor articulare de tip artrozic care apar la femei în menopauză.

Trebuie să spunem că există 3 artropatii endocrine adevărate : artroza coxo-femurală la atiroidieni sau hipotiroidieni ; artropatia la hipo- şi hiperparatiroidieni ; artropatia la acromegalici.

Este cunoscut faptul că tirolezii suferă într-o proporţie de 25% de mixedem endemic, asociat cu artroze. Richter şi colab. au studiat la 120 de artrozici funcţia tiroidei, efectuînd iodemia şi analiza cromatografică a hormonilor iodaţi. Iodemia a fost scăzută în 51% din cazuri, iar examenul cromatografic a arătat scăderea cantităţii de triiodtironină şi mai rar de tiroxină. Tulburările funcţionale ale tiroidei atrag după sine o dereglare a metabolismului lipidic mai ales. Nygfeldt a comunicat 9 cazuri de boală Reverdini (artroză cu mixedem), cu edem capsular şi pericapsular, care la radiografie prezentau osteofite cu degenerescenţă cartilaginoasă. Şcoala romînească de endocrinologie, în frunte cu acad. Parhon şi Milcu, a adus o contribuţie importantă în artropatia hipotiroidiană. Este cunoscută boala Kaschin-Beck în regiunea transbaicală la copii cretini între 8 şi 13 ani cu strumă endemică, însoţită de artroze la mîini, iar cîteodată de rahitism şi scorbut ; la radiografie se constată o osteoporoză pătată. După Nesterov, boala s-ar datori ingestiei de cereale infectate cu *Fusaria sporotrichiella.* Clinic, mîinile acestor copii seamănă cu laba de urs : sînt scurte, largi, cu degetele îngroşate şi cu deformaţii artrozice în articulaţiile interfalangiene proximale şi distale. În insuficienţa tiroidiană, creşterea cartilajului de conjugare se încetineşte sau se opreşte, însă nu se osifică.

Forma congenitală de hipotiroidism are aspectul clinic de nanism mixedematos, cu capul mare, gîtul scurt, membrele scurte în raport cu trunchiul, dinţii apărînd tardiv. Întîlnim aici o disgenezie epifizară, cu osificare întîrziată şi anormală. Articulaţiile coxo-femurale adesea, din cauza malformaţiei epifizare, au aspectul de artropatii distrofice, tip Perthes. Pot să fie prinse mai multe articulaţii, la nivelul cărora, cu vîrsta, se dezvoltă artroze. La cretinii bătrîni, poliartrozele sînt frecvente, mai ales coxartrozele, numite şi „osteoartrozele cretinilor".

Hipertiroidia la copii în general accelerează creşterea. Hipertiroidia prelungită se manifestă prin osteoporoză marcată, aşa-zisa „osteoză tiroidiană" studiată de Parhon, care apare exclusiv la femei în jurul menopauzei. Clinic, ea se manifestă prin dureri, mai ales în coloana vertebrală. Leziunile osoase decelabile radiologic preced manifestările clinice. Biologic întîlnim hipercalciurie şi hiperfosfaturie, calcemia şi fosforemia fiind normale. Şt. Milcu a descris osteoporoza capului humeral în sindromul umărului dureros în tireotoxicoză.

Este ştiut că glandele paratiroidiene menţin echilibrul fosfocalcic şi umoral, iar disfuncţiunile lor au drept consecinţă un dezechilibru fosfocalcic cu leziuni osoase sub formă de resorbţie osoasă subperiostală pînă la sindromul de osteită fibrochistică. Hiperparatiroidismul primar este destul de frecvent, fiind

cauzat de adenomul paratiroidelor. Bolnavii vin cu dureri osoase şi musculare, cu calculi renali, tulburări gastro-intestinale şi neuro-psihice. În observaţia 83 prezentăm un caz al nostru de hiperparatiroidism cu boală artrozică :

Obs. 83. — Bolnava M. S., în vîrstă de 46 de ani, casnică, suferă de 4 ani de dureri în regiunea dorsală, în şoldul drept şi în pumnul stîng. S-a dezvoltat o spondiloză cu cifoză dorsală, cu mişcările de rotaţie şi abducţie în şoldul drept dureroase şi limitate şi cu pumnul stîng dureros. La radiografie se remarcă decalcificări osoase, osteopatie fibroasă a pumnului stîng, „vertebre de peşte", craniul cu aspectul „mîncat de molii" şi calcificarea cartilajului articular în articulaţia coxofemurală dreaptă Probe de laborator : calcemia 16 mg%, fosforemia 2 mg%, calciurie 551 mg/24 de ore, iar fosfatazele alcaline 20 u. Bolnava suferă în plus de litiază renală, se plînge de oboseală, constipaţie, greaţă şi diverse tulburări neuro-vegetative.

În hipoparatiroidismul cronic există osteoscleroză şi hipocalcemie, iar frecvent apare tetania. O paratiroidectomie experimentală totală, de exemplu la cîine, produce clinic o tetanie mortală ; biologic se constată hipocalcemie, hiperfosforemie, hipocalciurie şi hipofosfaturie. O paratiroidectomie parţială produce o hiperexcitabilitate musculară, însoţită de tulburări trofice ale pielii, cu leziuni dentare şi cataracte.

La acromegalici, cauza bolii este un adenom eozinofilic al lobului anterior al hipofizei. Acromegalicii suferă adesea de artroze, mai ales de coxoze şi de artroze interfalangiene distale, apărînd aspectul caracteristic de deget de tambur. Este cunoscută la acromegalici spondiloza Erdheim, cu vertebre mărite în diametrul antero-posterior, înălţimea vertebrelor rămînînd neschimbată, cu artrozele membrelor inferioare, cu osteofite, osteoporoză, deformaţii artrozice şi hiperlaxitate ligamentară.

Mobilitatea la acromegalici rămîne relativ bună. Ei suferă însă de artralgii şi cefalee. În comparaţie cu artroza adevărată, în artroza acromegalicilor există o hipertrofie a cartilajului din profunzime în afară, cu distrucţie ; în artroza adevărată, distrucţia este de la suprafaţă în profunzime.

În artrozele acromegalicilor găsim alteraţii concomitente ale ţesutului osos epifizar de vecinătate ; secundar se dezvoltă deformaţii artrozice, rezultînd din incongruenţa suprafeţelor articulare, create prin hiperplazia şi hipertrofia cartilajului. La radiografie, epifizele şi capetele metacarpiene şi falangiene terminale ale degetelor au forma de ciuperci ; în plus se observă o osteoporoză pătată sau chistică cu osteofite. Se dezvoltă o cifoză dorsală a coloanei vertebrale, maxilarul inferior este hipertrofiat, iar mîinile şi picioarele se lărgesc. Dacă adenomul hipofizar se dezvoltă în copilărie, el produce gigantism ; dacă se dezvoltă la adulţi nu poate decît să stimuleze activitatea osteogenetică a

periostului, ceea ce are drept consecinţă îngroşarea osului prin apoziţii şi densificarea lui, observată adesea la acromegalici.

La eunucii hipofizari se întîlnesc coxoze grave. Recent, Duncan şi Gordon au publicat la 100 de acromegalici artroze în 29% din cazuri ; şaua turcească a fost normală în 24% din cazuri. Din 100 de acromegalici au murit 25 ; ei trăiesc în general o viaţă destul de lungă, cu evoluţia bolii insidioasă, prognosticul depinzînd de secreţia hormonului de creştere.

După terminarea activităţii sexuale, efectul hormonului somatotrop se intensifică, ceea ce favorizează dezvoltarea artrozelor. În artropatia de climacteriu, factorul endocrin — insuficienţa ovariană — nu este elementul etiologic, ci patogenetic, iar componenta endocrină contribuie la declanşarea procesului artrozic sau la transformarea unei artroze latente în artroza clinică manifestă, factorii condiţionaţi fiind dispoziţia senilă mărită, tulburările statice, obezitatea, hipotonia musculară, tulburările trofice şi vasomotorii, ca şi osteoporoza coloanei vertebrale.

În menopauză întîlnim la 50% din femei noduli Heberden, coxoze, artroze ale genunchilor, spondiloze cu osteoporoză ; totuşi nu există un reumatism specific al menopauzei. Rilton a referat despre 220 de femei, între 20 şi 67 de ani, cu leziuni articulare cu caracter degenerativ, care au debutat în 62% din cazuri în menopauză ; în 86% din cazuri a existat metabolismul bazal scăzut. Tulburările endocrine diminuează rezistenţa organismului, mai ales insuficienţa ovariană. M. şi R. Silberberg au dovedit că estrogenele exercită o acţiune de protecţie asupra cartilajului, iar prin administrarea extractelor din lobul anterior hipofizar la animalele de experienţă se produc leziuni ale cartilajului articular, similare cu cele artrozice. Astfel, un dezechilibru hipofizo-gonadic în sensul unei insuficienţe gonadice şi a unei preponderenţe hipofizare joacă evident un rol în artroze. Artroza, ca şi spondiloza, se manifestă clinic, la menopauză, deşi poate să apară şi la vîrste tinere.

Osteoporoza, prezentă aproape regulat în climacterium, se dezvoltă aproximativ după 9 ani de la încetarea menstruaţiei şi după 14 ani de la menopauza artificială, mai ales în coloana vertebrală lombară, în bazin şi în oasele lungi ; craniul este totdeauna ferit de osteoporoză.

La bărbaţi, andropauza survine mai tîrziu decît menopauza la femei. Este mai puţin progresivă, osteoporoza este mai puţin pronunţată, leziunile artrozice sînt mai rare şi mai benigne, iar hipotonia musculară şi hiperlaxitatea ligamentară nu ating niciodată intensitatea proceselor întîlnite la femei. La bărbaţii cu

artroze întîlnim frecvent hiperuricemie, mai frecvent decît la femei.

La 371 de femei cu spondiloză am întîlnit în 55% din cazuri disfuncţii ovariene cu predominanţa hipofoliculinemiei ; hipotiroidia am întîlnit-o într-o proporţie de 8,7%, iar hiperfoliculinemia în 1,5%. Tulburările funcţiei suprarenale nu sînt acompaniate de manifestări artrozice.

Hiperfuncţia suprarenalei poate da sindromul suprarenometabolic acompaniat de osteoporoză.

Din cele de mai sus se poate deduce rolul patogenetic indirect, nespecific, al factorului endocrin în artroze şi spondiloze. Practic, mai ales după menopauză, componenta endocrină trebuie luată în consideraţie în reumatismul degenerativ, mai ales din punct de vedere terapeutic. Hormonii estrogeni şi extractele totale de ovar sau extractele tireoovariene, în procesele artrozice, dau adesea rezultate bune, după cum a demonstrat Parhon, avînd, după unii autori, nu numai un efect protector asupra substanţei fundamentale a ţesutului conjunctiv articular şi extraarticular, ci şi un rol analgezic.

5. Manifestări reumatismale în bolile de piele

Am avut ocazia să studiem 38 de cazuri de manifestări reumatice în legătură cu psoriazisul : 8 artropatii psoriazice ; 11 poliartrite cronice evolutive asociate cu psoriazisul ; 7 spondilite anchilopoietice asociate cu psoriazisul ; 9 artroze şi spondiloze asociate cu psoriazisul ; 3 cazuri de artropatie gutoasă asociate cu psoriazisul.

Asocierea între psoriazis şi reumatism a fost observată prima dată în 1822 de Alibert, iar primul studiu clinic a fost publicat de Bourdillon, la Paris, în 1888.

Psoriazisul apare mai frecvent la bolnavii cu P.C.E. (în 3—5% din cazuri) decît la nereumatici (în 0,7% din cazuri), iar incidenţa P.C.E. este mai mare la bolnavii care suferă de psoriazis (8—25%) decît în masele largi ale populaţiei. Mai frecventă însă decît asocierea P.C.E. — psoriazis este asocierea S.A.—psoriazis. În epiderm, în psoriazis lipseşte zincul, un cunoscut cofactor şi activator al mai multor enzime. Hidraţii de carbon în piele sînt modificaţi, glucoza fiind crescută în eflorescenţele psoriazice. Caracterele artropatiei psoriazice sînt : predominanţa la bărbaţi ; testul Waaler-Rose şi testul cu latex sînt negative în 94% din cazuri ; psoriazisul în artropatia psoriazică este mai frecvent localizat pe palme, plante şi pe organele genitale ; în artropatia psoriazică nu găsim noduli subcutanaţi, carac-

teristici pentru P.C.E. ; osteoporoza generalizată a scheletului, care se remarcă regulat pe radiografia bolnavilor cu P.C.E., în artropatia psoriazică aproape nu există şi chiar osteoporoza articulaţiilor prinse este aici mai puţin pronunţată decît în P.C.E. ; manifestările articulare sînt mai benigne în artropatia psoriazică decît în P.C.E. fără psoriazis şi în general sînt indolore ; mai frecvent sînt prinse articulaţiile interfalangiene distale decît cele proximale, adică invers ca în P.C.E. ; caracteristică în artropatia psoriazică este schimbarea patologică a unghiilor — onicopatia — prezentă în 55% din cazuri, în psoriazisul simplu numai în 10% ; artropatia psoriazică coincide cu leziunile coloanei vertebrale şi mai ales ale articulaţiilor sacro-iliace, într-o proporţie de 11—20% ; la radiografie sînt caracteristice pentru artropatia psoriazică pseudochisturi epifizare, reacţii periostice ale diafizelor, iar în cazuri grave procesul de osteoliză şi forma de ghimpe a falangelor distale de la degetele mîinilor. Între afecţiunea cutanată şi cea articulară există o relaţie directă, ameliorări şi exacerbări, apărînd simultan în amîndouă. Activitatea procesului cutanat este cîteodată acompaniată de febră (pînă la 38° seara), V.S.H. foarte mărită, eozinofilie şi limfopenie.

La început, psoriazisul este o parakeratoză, localizată în stratul cornos, care este cîteodată de 3 ori mai gros decît normal. Etiologia acestei parakeratoze nu este încă clarificată. Investigaţiile histologice şi histochimice au stabilit un defect genetic în sistemul enzimatic al pielii. Activitatea fosfatazelor acide şi alcaline este aici scăzută. La 10—50% din bolnavii cu psoriazis, colesterolemia este crescută peste valoarea normală, ajungînd în 20% din cazuri peste 250 mg%.

La copii, în comparaţie cu adulţii, psoriazisul are anumite trăsături specifice : începe de mai multe ori atipic, este frecvent localizat în partea păroasă a capului sau pe faţă, sau la nivelul organelor genitale ; are o evoluţie mai acută, de multe ori fiind asociat cu o diateză exsudativă şi prurit.

În cele ce urmează vrem să sistematizăm cazuistica noastră privind manifestările articulare în psoriazis.

Am avut ocazia să studiem 8 cazuri de *artropatie psoriazică*. Vom reda foarte succint observaţia unuia din aceste cazuri.

Obs. 84. — Bolnava M. I., în vîrstă de 56 de ani, casnică, se internează cu diagnosticul de P.C.E. cu psoriazis. Psoriazisul a apărut la vîrsta de 42 ani ; 3 ani mai tîrziu au apărut artralgii la mîini şi glezne. După 5 ani, durerile s-au exacerbat, au devenit permanente, genunchii s-au edemaţiat, iar coloana vertebrală a devenit dureroasă şi rigidă. Articulaţiile interfalangiene distale de la mîini s-au dezaxat şi anchilozat ; la fel la piciorul stîng. Examene de laborator : testele Waaler-Rose şi latex negative, V.S.H. 56/84 mm. Nu am găsit noduli subcutanaţi în cazurile noastre. Am întîlnit însă onicopatii care înso-

țesc artropatia psoriazică. Pe radiografii nu am găsit osteoporoză generalizată ; am observat însă mici pseudochisturi epifizare și reacții periostice ale diafizelor osoase ; în unele cazuri serioase am remarcat osteoliza falangelor distale ale degetelor.

În cazurile noastre, procesul cutanat în proporție de 60% a precedat pe cel articular. Poliartrita a început în 70% din cazuri insidios, oligo-articular, uneori monoarticular, mai frecvent sub formă de polialgii, tardiv localizîndu-se la 1—2 articulații. Corticoterapia ne-a dat rezultate bune în puseuri, iar cura helio-marină numai între puseuri. Nu am utilizat crizoterapia, preconizată de Böni. Triamcinolonul într-un caz grav ne-a dat rezultate spectaculare, însă trecătoare.

În cazurile noastre, artropatia psoriazică a îmbrăcat și forma de P.C.E.

Caracteristic pentru artropatia psoriazică este rezistența la tratament și progresivitatea ambelor afecțiuni.

Am întîlnit 11 cazuri de *P.C.E. cu psoriazis,* cu testele Waaler-Rose și latex intens pozitive, cu hipoalbuminemie, hiperglobulinemie, hipercolesterolemie. Cazurile de P.C.E. asociate cu psoriazis au îmbrăcat forme cronice proliferative, dar evolutive și rezistente la tratament. În aceste forme am găsit anemie și leucocitoză, iar V.S.H. mai accelerată decît în artropatia psoriazică.

Din punct de vedere clinic, în P.C.E. asociată cu psoriazis nu am găsit degete în „cîrnați", caracteristice artropatiei psoriazice, ci degete în formă de fus, caracteristice pentru P.C.E.

Mai frecvent întîlnim asocierea *spondilită anchilopoietică și psoriazis ;* noi am întîlnit numai 7 cazuri ; în 5 din cazurile noastre, psoriazisul a apărut după spondilită. Apariția psoriazisului a agravat prognosticul spondilitei, dînd în unele cazuri puseuri grave cu visceralizare și insuficiență hepato-renală.

Am întîlni 9 cazuri de *artroze* și *spondiloze cu psoriazis,* toate îmbrăcînd forme mai benigne, dar rezistente la tratament.

Caracteristic acestor forme este că apariția psoriazisului în decursul reumatismului degenerativ agravează artroza, bolnavii chiar între crize rămînînd cu o sensibilitate dureroasă permanentă a articulațiilor. Colesterolul în sînge în aceste cazuri a fost găsit totdeauna mărit.

Am întîlnit 3 cazuri de *artropatii gutoase asociate cu psoriazis.* Formele de artropatii gutoase au fost asociate cu insuficiență hepatică, hipercolesterolemie și hiperuricemie. Toate au avut o evoluție mai lentă, prelungită, progresivă și rezistentă la

tratament ; cazurile acestea sînt uşor confundabile cu artropatia psoriazică.

Nu este clarificată încă etiopatogenia psoriazisului. După Bourdillon, psoriazisul se dezvoltă frecvent pe un teren nevropatic ; după Lièvre nu există o cauză determinantă comună pentru artrită şi psoriazis, artropatia psoriazică fiind o entitate clinică. Factorii ereditar şi psihic sînt incriminaţi în 15—30% din cazuri. Există o disreactivitate mezenchimală şi un deficit în sistemul enzimatic al pielii.

În patogeneza artropatiei psoriazice probabil joacă un rol şi anumiţi factori constituţionali, care sînt în relaţie cu sistemul endocrin, cu tulburările metabolice şi alteraţiile biochimice ale organismului. Sînt autori care înclină spre o etiopatogenie virotică ; noi înclinăm mai mult spre o etiologie multiplă, asupra căreia nu este cazul să insistăm.

După cum în cursul unui reumatism, apariţia unui diabet agravează boala, tot aşa asocierea manifestărilor reumatismale cu psoriazisul denotă o evoluţie progresivă, o tenacitate în tratament şi un prognostic rezervat.

Prognosticul este dependent de tratamentul ambelor boli.

În spondilita anchilopoietică asociată cu psoriazisul, noi utilizăm roentgenterapia pe articulaţiile sacro-iliace şi de-a lungul coloanei vertebrale.

În afară de psoriazis există şi alte boli reumatismale şi osteo-articulare cu manifestări cutanate. Vom expune sumar cîteva din acestea. Dintre polidistrofiile osoase şi cutanate amintim *displazia fibroasă a oaselor,* care constă în prezenţa de mase fibroase, clinic manifestîndu-se prin deformaţii şi tumefacţii. Pe radiografii prezintă zone geodice, înconjurate de osteoscleroză, care respectă epifizele. Aceste displazii fibroase pot să se asocieze şi cu pete pigmentare de culoarea cafelei cu lapte, formînd vaste plăci cu contur neregulat, ocupînd trunchiul cu predominanţă unilateral. *Neurofibromatoza* este o afecţiune cutanată ereditară şi familială se însoţeşte adesea şi de leziuni osoase, identice cu cele din displazia fibroasă. Leziunile cutanate din neurofibromatoză sînt formate din tumori cutanate moi, de volum variabil, care devin uneori voluminoase. Unele din aceste tumori pot să se asocieze cu tumori ale nervilor periferici (neurinoame).

Culoarea acestor tumorete seamănă cu nevii pigmentari. Histologic sînt neurofibroame.

Dintre hipocratoperiostoze amintim *osteoartropatia hipertrofiantă pneumică,* descrisă de Pierre Marie, care clinic se prezintă

ca un reumatism inflamator, dureros, interesînd mîinile şi picioarele. La edemele dureroase ale extremităţilor se asociază şi tulburările vasomotorii : eritrocianoză, dilataţie venoasă şi hipersudaţie. Cauza acestei boli este de cele mai multe ori un cancer pulmonar ; *pahidermoperiostoza,* adesea ereditară şi familială, interesează mai ales bărbaţii ; se aseamănă cu boala Pierre Marie, avînd acelaşi hipocratism digital cu hipertrofia extremităţilor. Se deosebeşte de osteoartropatia hipertrofiantă pneumică, în care există apoziţii osoase subperiostale, nu hipertrofie osoasă. Debutul este în adolescenţă, evoluţie cronică, fără dureri ; găsim pahidermie plicaturată pe frunte.

Manifestări dermatologice întîlnim şi în bolile de colagen, ca şi în bolile reumatismale ; acestea au fost descrise de noi la capitolul respectiv.

Dintre reticuloze benigne cu manifestări osteo-articulare şi cutanate amintim *boala Besnier-Boeck-Schaumann,* caracterizată prin leziune cutanată (sarcoide nodulare de diferite mărimi). Sarcoidele difuze sînt în placarde, se localizează mai ales la faţă, avînd o culoare roşie-violetă. Leziunile osoase se localizează la mîini şi la picioare ; la radiografie se observă geode de diferite mărimi.

Boala Hand-Schuller-Christian sau xantomatoza craniohipofizară apare mai ales în a doua copilărie ; aici găsim leziuni osoase sub formă de lacune ale oaselor craniului, iar pe piele leziuni cutanate sub formă de erupţii xantomatoase, de culoare galbenă sau brună, întinzîndu-se mai ales pe membre şi trunchi.

Xantomatoza cutaneo-tendinoasă hipercolesterolemică familială se însoţeşte de xantoame tuberoase sau plane, de culoare galbenă, înconjurate de un inel roşu, indolor, localizîndu-se mai ales pe coate, genunchi, fese, călcîi, umeri şi faţa dorsală a degetelor. Aceste nodozităţi pot să intereseze şi tendoanele.

Guta, în afară de tofi, poate da şi alte leziuni cutanate, manifestate prin edem şi roşeaţă, apărînd în timpul crizei acute ; formele cronice se asociază cu eczemă.

Urticaria pigmentară poate da în afară de manifestările cutanate sub formă de erupţii (papuloase, urticariene, pruriginoase, apoi pigmentare) şi manifestări osoase, însoţite de hipertrofia splinei şi ganglionilor.

Este necesar la toate persoanele cu manifestări reumatismale şi osteo-articulare să examinăm pielea şi ţesutul subcutanat ; prin aceasta de multe ori putem să ajungem mai rapid la un diagnostic.

6. Manifestări reumatismale în bolile de sistem şi hemopatii

Uneori, manifestările reumatismale au un rol dominant în hemopatii ; bolnavul vine cu simptome reumatice, iar boala de bază este cea hematologică. Vom enumera cîteva dintre aceste afecţiuni :

a) În *boala Kahler* sau mielomul multiplu, în afară de sindromul general, medulohematologic (anemie şi plasmocitoză medulară), sindromul renal şi sindromul de hiper- şi disproteinemie, întîlnim un sindrom osos dureros cu lacune şi decalcifìcări difuze, care poate simula o afecţiune reumatismală. Localizările sînt mai frecvente pe coloana dorsală şi pe articulaţiile claviculei. Trebuie să spunem că există plasmocitoame cu manifestări articulare, evocînd un reumatism inflamator ; aceste manifestări sînt secundare depunerilor de substanţe glico-proteinice în capsulă şi sinovială.

b) De asemenea, în *leucozele acute* la copii, atingerile osoase pot îmbrăca forma de reumatism acut. Manifestările articulare ale leucozelor sînt artralgii şi artrite ; leucozele cronice pot da poliartralgii simple, trecătoare, migratoare, interesînd mai ales articulaţiile mari. Durerile sînt spontane şi la palpare, localizate mai ales în genunchi şi în coloana vertebrală ; uneori imită o P.C.E. sau artrozele dureroase. Leucoza mieloidă se însoţeşte frecvent de hiperuricemie, dînd crize gutoase secundare şi colici renale.

c) *Poliglobulia esenţială* sau boala Vaquez poate începe cu dureri epifizo-articulare, mai ales în membrele inferioare, cu caracter nevralgic sau de crize gutoase. Uneori îmbracă forma de crize eritromelalgice.

d) De asemenea, *anemiile hemolitice cronice* interesează scheletul, mai ales cranio-facial şi oasele lungi ale membrelor, dînd dureri de tip reumatismal.

e) *Splenomegalia mieloidă a adultului* (caracterizată prin hepatosplenomegalie cu predominanţa splenică, anemie, fenomene hemoragice, leucocitoză) dă manifestări osoase cu dureri osteo-articulare accentuate şi persistente. Aspectul de condensare osoasă cu osteoscleroză este caracterul radiologic osteo-articular al acestei boli. Densificarea osteopetroasă şi osteomarmorată este regula ; întîlnim adesea şi aspect de rarefiere cu osteoscleroză. Diagnosticul se face cu boala Paget, cu alte osteoscleroze (fluoroasă, saturnină), dar mai ales cu boala Albers-Schönberg, unde aspectul marmorat este mai accentuat, putînd să dea compre-

siuni pe nervii cranieni şi reacţii mieloide accentuate. Boala Albers-Schönberg apare mai ales la persoane tinere, avînd un caracter genetic.

f) Dintre reticulozele maligne amintim *boala Hodgkin*, care apare mai ales la bărbaţi tineri, caracterizîndu-se prin prurit,



Fig. 42. — Artroza hemofilică a cotului.

splenomegalie, eozinofilie, adenopatie, febră şi leziuni osoase, interesînd mai ales coloana vertebrală. Granulomatoza rahidiană poate să dea dureri radiculare şi radiculo-medulare. Radiologic, leziunile osoase sînt distructive, uneori osteocondensante, simulînd diferite boli reumatismale şi ale aparatului locomotor. Diagnosticul devine dificil, cînd leziunea primitivă este pe aparatul locomotor ; biopsia ne clarifică.

g) Despre *reticulozele benigne* (boala Besnier-Boeck-Schaumann, boala Gaucher care dau coxopatii şi xantomatozele care dau manifestări reumatismale) am amintit într-un capitol anterior.

h) În *hemofilie* în 50% din cazuri întîlnim hemartroze, mai ales în genunchi, glezne şi umeri. Afecţiunea poate îmbrăca forma de poliartroze deformante. La radiografie, osul este atro-

fiat, decalcificat, cu condensări şi osteofite. În hemofilia artropatică întîlnim 3 stadii evolutive : stadiul de hemartroze ; stadiul de artrită hemofilică care simulează o tumoare albă cu osteoporoză difuză şi geode ; stadiul de artroză deformantă, cu condensări şi osteofite, care dă tabloul unei afecţiuni articulare, degenerative cu anchiloză. Uneori, în hemofilie întîlnim puseuri dureroase poliarticulare.

La un bărbat tînăr, cu artroză deformantă şi anchilozantă trebuie să ne gîndim şi la hemofilie, după cum arată cazul pe care îl expunem în observaţia 85.

Obs. 85. — Bolnavul R. I., în vîrstă de 34 de ani, vine la consult pentru artrite deformante ale genunchilor, mai ales la stîngul şi cu impotenţă funcţională. Afirmă că suferă de hemofilie, iar cu ani de zile în urmă a apărut intermitent, mai ales după căderi pe genunchi, inflamaţia articulaţiilor genunchilor, care cu timpul a regresat, dînd deformaţii. Bolnavul are adesea hemoragii, mai ales cutaneo-mucoase, care se opresc greu. La radiografie am găsit dispariţia liniei interarticulare, osteoscleroză subcondrală, osteofitoză periarticulară şi rarefacţii în spongioasa osoasă. În cazul de faţă ne-am abţinut de la orice intervenţie chirurgicală. Imobilizarea într-o gutieră ne-a dat rezultatele cele mai bune, ducînd în special la calmarea durerilor. Transfuziile repetate şi hidrocortizonul aplicat local au ameliorat mult boala.

i) *Purpura reumatoidă Schönlein* este un sindrom format din asocierea purpurei cu manifestări articulare. Debutul este brusc, febril, în membrele inferioare, cu artralgii difuze, simulînd uneori boala Bouillaud-Sokolski. Nu prinde inima, are o durată scurtă, poate să se complice cu fenomene peritoneale şi nefrită. Boala recidivează, are etiologie discutată (alergică, infecţioasă, toxică sau de boală autonomă).

j) *Sindromul tunelului carpian* se însoţeşte în 18% din cazuri de boli hematologice (mielom multiplu, boala Vaquez, leucemie, purpură trombocitopenică idiopatică). În majoritatea cazurilor s-a găsit spondiloză şi uneori P.C.E. În mielomul multiplu, sindromul tunelului carpian cîteodată a fost simptomul iniţial. Este recomandabil ca în această afecţiune să insistăm asupra examenelor hematologice.

Nu totdeauna cînd găsim asociate manifestări reumatismale cu sindrom hematologic, boala hematologică este primară. Modificări sanguine întîlnim şi în reumatismul Bouillaud-Sokolski, P.C.E. şi S.A. De asemenea, alteraţii sanguine întîlnim frecvent în colagenoze (L.E.D., P.N., dermatomiozită şi sclerodermie).

Putem să producem perturbări sanguine şi prin terapeutica antireumatismală (corticoterapie, fenilbutazonă, aspirină, crizoterapie, piramidon şi raze Röntgen).

7. Manifestări reumatismale în bolile neurologice şi psihice

a) Legătura dintre *afecţiunile osteo-articulare şi cele nervoase* este o realitate ; rămîne ca osteoartropatiile nervoase să fie precizate.

Influenţa sistemului nervos asupra elementelor osteo-articulare (pericondru, periost, ligamente, capsulă articulară, sino-



Fig. 43. — Osteoartroza tabetică.

vială) se face prin intermediul corpusculilor Pacini, Ruffini şi al expansiunilor libere nervoase ; cartilajul articular nu are nici nervi, nici corpusculi nervoşi. Vom aminti cîteva dintre aceste osteo-artropatii nervoase întîlnite mai frecvent.

Osteoartropatiile tabetice şi siringomielice au fost descrise de mult timp de Charcot. *Tabesul artropatic* se localizează mai des la genunchi, la articulaţiile piciorului, şoldului, umărului, cotului şi în coloana vertebrală. Debutul poate să fie brusc, cu fenomene dureroase urmate de perioade de acalmie. În formele acute, articulaţiile îmbracă aspectul clinic al artritelor, iar în formele cronice pe cel al artrozelor. Uneori, tabesul poate să îmbrace un tablou clinic poliartropatic. La radiografie găsim aspecte diverse : condensări osoase şi proliferaţii, dislocări şi osteoliză cu fracturi vechi.

Dacă tabesul artropatic, ca şi tabesul ataxic, a devenit astăzi rar, locul său este luat de tabesul dureros. Adesea se prezintă la consultaţii bolnavi cu dureri în membrele inferioare, etichetate drept sciatică, reumatism, nevrită etc. ; în realitate, în aceste cazuri este vorba de dureri fulgurante de tabes. Cazul din observaţia 86 exemplifică cele de mai sus.

Obs. 86. — Bolnavul V. I., în vîrstă de 67 de ani, consultă pentru dureri în membrele inferioare, mai ales în articulaţia tibio-tarsiană dreaptă ; durerile apar mai ales în puseuri. Articulaţia tibio-tarsiană de cîţiva ani este deformată şi puţin dureroasă. Examenul neurologic fixează diagnosticul de tabes. Radiografia articulaţiei tibio-tarsiene pune în evidenţă semne de artroză cu anchiloză şi leziuni constructive, osteofite şi geode. Calcaneul este hipertrofiat. Radioterapia, analgezicele şi penicilina în doze mari au dat rezultate bune.

Am întîlnit artropatie tabetică a genunchiului cu dislocări mari şi proliferaţii osoase anarhice, artropatii medio-tarsiene cu luxaţii pluriarticulare, artropatii ale şoldului (forma atrofică şi hipertrofică) şi artropatii tabetice ale cotului cu dislocări mari articulare.

Tabesul simulează de multe ori o spondiloză deformantă. Astfel găsim turtirea şi lărgirea corpilor vertebrali şi osteofitoze gigante. Uneori, coloana vertebrală tabetică îmbracă forma pseudoneoplazică, cu rahialgii tenace şi vertebre distruse, iar în parte condensate, simulînd o metastază mixtă (osteoclastică şi osteoblastică).

Osteoartropatiile siringomielice se localizează la membrele superioare. Pot să aibă un debut brusc cu semne pseudoinflamatoare, simulînd adesea o periartrită scapulo-humerală acută. La radiografii găsim condensări cu hipertrofia cavităţii glenoide, deformări ale capului humeral, cu aspect tigrat, proliferări periarticulare anarhice în părţile moi şi uneori chiar subluxaţii ale capului. Tulburările trofice şi termoanalgezia membrului cores-

punzător ne pun pe calea diagnosticului. Radioterapia dă rezultate mulţumitoare.

Printre artropatiile nervoase amintim şi grupul osteoartropatiilor ulceromutilante. *Artropatia Thévenard* grupează o serie de artropatii ulceromutilante cu caracter familial ; apare mai ales la extremităţi, dînd osteoliza geodică a capului primului metatarsian cu o reacţie constructivă.

Mai putem întîlni şi artropatii ulceromutilante nefamiliale, interesînd degetele, mai ales falangele şi articulaţia metatarsofalangiană a degetului mare. Apar mai des la etilici.

Amintim de asemenea *osteoartropatiile nervoase întîlnite la diabetici şi la leproşi* şi paraosteoartropatiile paraplegicilor însoţite de deformări şi anchiloze, mai ales la nivelul articulaţiei coxo-femurale şi a genunchiului.

Printre artropatiile neurotrofice amintim *algodistrofiile* membrelor superioare, mai rar inferioare, despre care am vorbit. Întîlnim osteoartropatii şi în sindroamele parkinsoniene, în traumatismele medulare, în scleroza laterală amiotrofică, în poliomielita anterioară acută şi în polinevrite. *Scleroza laterală amiotrofică* poate să se însoţească de periartrită scapulo-humerală cu amiotrofie accentuată, cu exagerarea reflexelor tendinoase. Întîlnim P.S.H. la epileptici şi la cei care abuzează de barbiturice şi Meprobamat. Noi am întîlnit sindromul umăr-mînă produs de o afecţiune medulară.

Trebuie să precizăm că uneori o coxartroză se poate confunda cu un sindrom parkinsonian, în care contractura extrapiramidală dă un spasm al muşchilor coapsei.

Uneori, bolnavii vin cu dureri atroce în genunchi, simulînd o afecţiune reumatismală ; aceste manifestări pot fi provocate de un meningiom dorsal sau de o tumoare intramedulară. Deformaţiile pseudoreumatismale ale piciorului pot fi date şi de un sindrom parkinsonian, care dă manifestări generale ce apar cu ani de zile mai tîrziu. Piciorul scobit după paralizie infantilă poate să simuleze afecţiuni reumatismale. O radiculalgie crurală sau sciatică poate fi provocată de o tumoare medulară sau radiculară. O tumoare cerebrală sau un sindrom vascular cerebral poate să dea manifestări pseudoreumatismale, simulînd sindromul umăr-mînă, un torticolis sau dureri în şold. Scleroza în plăci poate uneori să dea impotenţa braţului şi a gambei sau un puseu de reumatism. Boala Paget poate să dea complicaţii neurologice, asociate cu manifestări osteo-articulare. Sindromul de canal carpian dă tulburări senzitive şi sfincteriene în boala Paget cu localizare vertebrală şi sindromul cozii de cal în degenerescenţa

sarcomatoasă a bolii Paget. De asemenea întîlnim osteoartropatii la hemiplegici cu leziuni articulare, care survin în cursul paraliziilor vechi ; radiologic găsim osteoporoză şi alteraţii ale suprafeţelor articulare cu hiperostoză peridiafizară ; aceste manifestări pot îmbrăca uneori forma umăr-mînă.

b) *Componenta psihogenă* însoţeşte adesea afecţiunile reumatismale şi osteo-articulare. De altfel, orice durere nu poate să fie simţită decît dacă este integrată în domeniul conştiinţei, care este un fenomen psihic. Noi întrebuinţăm cuvîntul psihogen, cînd fenomenele dureroase sînt intensificate de o hipersensibilitate psihică ; de multe ori însă durerile îşi au numai un substrat psihic. Putem împărţi algiile pseudoreumatismale în : forme asociate cu afecţiuni organice reumatismale şi algii psihosomatice fără substrat organic. Unele algii pur psihice se însoţesc de obsesii, stări isteriforme şi stări de sinistroză.

Cinestopatul se plînge de dureri de scurtă durată şi variabile. Sinistroza este o nevroză reacţională, care survine cu ocazia unui accident la un individ predispus la tulburări psihice. Sinistrozicul este un psihopat, la care traumatismul a determinat o leziune fizică mai mică decît cea psihică.

Putem să împărţim reumatismul psihogen, după de Sèze, în funcţie de localizare, astfel : psihalgii vertebrale (cervico-cefalice, dorsale, lombare şi sacro-coccigiene) şi psihalgii viscerale sau pseudoviscerale.

Cervico-cefalalgiile de origine psihică sînt occipitale, însoţite de înţepături în pielea capului, hipotonie musculară şi depresiune nervoasă. Bolnavii se tem de tumoare cerebrală.

Dorsalgiile psihogene apar mai ales la fetele tinere, astenice şi nevrotice.

Lombalgiile de origine psihică le explică bolnavii prin expresia de rinichi blocaţi.

Psihalgia sacro-coccigiană (coccigodinia) se însoţeşte totdeauna de anxietate.

Pseudovisceralgiile de origine psihică se însoţesc de precordialgii, asociate cu palpitaţii şi senzaţie de dureri asemănătoare cu cele de angină de piept. Uneori, bolnavii localizează durerile în plexul solar, alteori durerile iradiază pe traiectul ano-genital. Psihalgiile membrelor se manifestă prin crampe, parestezii, de obicei bilaterale, predominînd la membrele superioare. Alteori, bolnavii se plîng de dureri violente, de tip fulgurant sau osteocope, ca în sifilis. Trebuie să facem diagnosticul diferenţial dintre durerile psihogene fără substrat anatomic şi durerile psihogene care însoţesc anumite boli (scleroza în

plăci, L.E.D. şi boala periodică). Uneori, durerile psihogene interesează jumătate din corp (hemialgii), alteori îmbracă forma fibrozitică (foarte schimbătoare, mutîndu-se dintr-un loc într-altul) sau se manifestă printr-o contractură musculară de-a lungul coloanei vertebrale simulînd S.A. (este ceea ce se numeşte camptocormie).

Cînd ni se prezintă un bolnav cu algii de tip psihogen trebuie să tratăm atît boala psihică, cît şi pe cea organică. Fenomenele nevrotice cele mai frecvente, de care se plîng bolnavii, sînt : cefaleea de tip depresiv, astenia, vertijul, senzaţia de corp străin în gît, palpitaţii, precordialgii, opresiune epigastrică, insomnie şi „gambe agitate". Uneori, bolnavii au parestezii intense şi rebele ale membrelor.

Psihalgia este o cinestopatie, caracterizată prin dureri şi anxietate. Tratamentul constă în decontracturante, tranchilizante şi psihoterapie ; ca să reuşim avem nevoie de încrederea bolnavului faţă de medic. Psihalgia poate să fie însoţită şi de simptome isterice. În general, psihalgicul este un revendicativ.

Cînd examinăm un reumatic trebuie să ne dăm seama cît de mare este sfera organică şi cea psihică. Este necesar să examinăm pe aceşti bolnavi foarte amănunţit din punct de vedere reumatologic ; să nu-i trimitem imediat la psihiatru, căci le exacerbăm ambele boli. Trebuie să fim umani şi în acelaşi timp ştiinţifici. Atitudinea medicului în aceste cazuri uneori este dificilă.

8. Manifestări reumatismale în osteocondropatii

Osteocondropatiile sînt boli genetice, care se însoţesc precoce de manifestări de tip reumatismal degenerativ, mai rar inflamator. În acest capitol vom vorbi de acondroplazii, de displazii spondilo-epifizare, de disostoze metafizare şi boli exostozante.

Acondroplazia se manifestă prin nanism cu anomalii epifizare şi vertebrale. Bolnavii au membrele scurte şi largi : braţul este scurt în comparaţie cu antebraţul, craniul este mare, nasul în formă de şa, iar mîinile sînt largi cu degete scurte. Psihic şi sexual bolnavii sînt normali.

Dintre *displaziile spondiloepifizare* amintim : boala Morquio cu platispondilie, deformaţia şi lărgirea epifizelor coatelor şi şoldurilor ; trunchiul este scurt, extremităţile relativ lungi, capul mare, spatele incurvat, statura mică. Noi am publicat un caz de boala Morquio, pe care s-a grefat o P.C.E.

Discondroza familială Leri și Weill se manifestă și ea prin nanism. Se deosebește de acondroplazie, deoarece nanismul aici interesează antebrațul și gamba.

Disostoza metafizară sau boala Engelman este caracterizată prin metafize neregulate și scurtate, în comparație cu



Fig. 44. — Boala Morquio.

epifizele aproape normale. Boala este rară ; la adulți dispar alterațiile metafizare după ce s-a sudat cartilajul de conjugare. Bolnavii atinși rămîn mai mici de statură, au oasele lungi modificate (mai scurte și mai largi) și prezintă hipotonie musculară.

Boala exostozantă, descrisă de Olier, este familială. Se caracterizează prin condroame localizate într-o jumătate a corpului, unde creșterea corporală este întîrziată. Combinarea formei lui Olier cu sindromul Mafucci realizează un sindrom format din condroame multiple (localizate pe o jumătate a corpului) care de obicei se însoțesc de hemangioame sau limfangioame (care pot degenera). Boala exostozantă se manifestă prin exostoze mici, rotunde, difuzate pe tot corpul, avînd origine în

cartilajul epifizar ; după pubertate, exostozele nu mai cresc. Întîlnim aici şi diferite anomalii osoase.

În toate aceste osteo- şi condrodistrofii, durerile de tip reumatismal nu sînt prea accentuate, mişcările sînt de obicei limi-

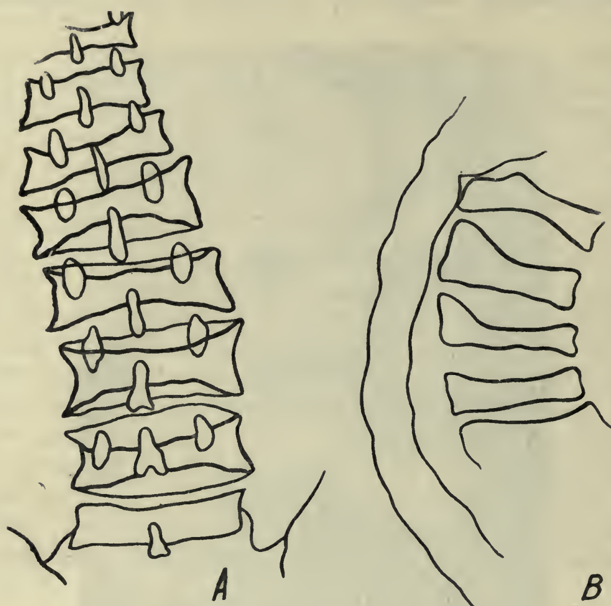


Fig. 45. — Platispondilie cu cifoză dorsală şi scolioză în boala Morquio (faţă —A— şi profil —B—).

tate, mersul de multe ori este dificil şi cîteodată se poate bloca o articulaţie ; toate aceste afecţiuni predispun precoce la poliartroze. Tratamentul este simptomatic.

9. Manifestări reumatismale în neoplasme

Cele mai frecvente metastaze ale coloanei cervicale pornesc de la neoplasmul sînului, iar ale coloanei dorso-lombare şi ale bazinului de la neoplasmul de prostată. Metastazele osoase de obicei au ca prim simptom durerea, pe care bolnavii o etichetează ca reumatică, mai ales că la început micrometastazele nu sînt decelate prin radiografii. Nu există o concordanţă între semnele radiologice şi clinice ale metastazelor vertebrale. Uneori, metastaze mici pot da dureri violente şi, invers, metastaze

mari voluminoase rămîn latente. Durerile de tip reumatic date de metastaze şi durerile din afecţiunile reumatismale inflamatoare sînt uneori greu de diferenţiat, mai ales că în ambele V.S.H. este mărită ; scăderea în greutate, anemia, anorexia şi

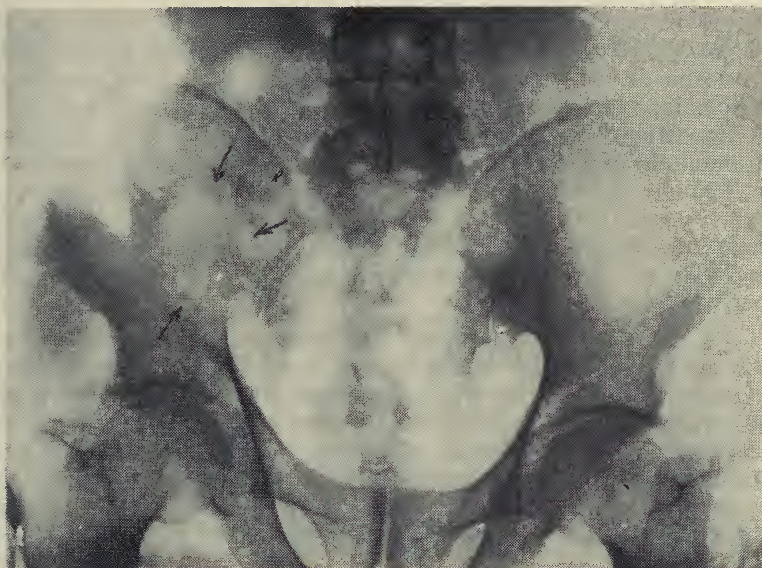


Fig. 46. — Metastaze neoplazice în bazin.

vîrsta înaintată ne atrag atenţia spre neoplasm. Cîteodată, determinarea fosfatazelor acide ne ajută în stabilirea diagnosticului ; astfel, acestea sînt crescute în neoplasmul prostatic cu metastaze osoase. Metastazele apar de multe ori la mulţi ani după operaţia tumorii primare.

Metastazele din coloana vertebrală sînt osteolitice, osteoblastice sau mixte. Uneori, metastazele osteolitice se asociază cu osteoscleroză. În unele boli neoplazice, metastazele se localizează selectiv pe anumite oase : boala Kahler dă metastaze mai frecvent în vertebre, bazin, craniu şi oasele lungi ; se observă şi osteoporoză difuză în tot scheletul ; sarcomul vertebral produce osteoliza corpului vertebral cu manifestări clinico-neurologice de compresiune ; neurinomul, fibromul, fibrosarcomul, ganglioneuromul şi encondromul vertebral provoacă radiculite şi nevralgii ; meningiomul provoacă osteoliză în vertebrele lombare, manifestîndu-se prin simptome de compresiune medulară ; osteoamele se localizează fie pe corpul, fie pe arcul vertebral ; la radiografie obser-

văm un proces sclerotic osos. Discurile intervertebrale sînt rar atinse de metastaze ; hemangiomul și condromul pot da și ele compresiuni medulare. Caracteristic pentru metastazele neoplazice sînt durerile lancinante și persistente, care necesită de multe ori administrarea de morfină. Frecvent, o metastază poate să producă fracturi spontane.

Important este în stabilirea diagnosticului să fixăm, dacă este vorba de un neoplasm sau de o metastază și unde este leziunea primară. În metastazele de origine mamară este important să cunoaștem : vîrsta bolnavei și data eventualei menopauze ; tratamentele endocrine efectuate pînă în prezent și rezultatele lor. Probele de laborator necesare în atari împrejurări sînt : a) frotiul vaginal și dozajul estrogenilor urinari, ca să ne dăm seama de existența sau absența activității ovariene ; b) calciuria din 24 de ore, ca să ne dăm seama de activitatea procesului distructiv osos.

În cazurile netratate prin hormonoterapie, la femeile încă în activitate ovariană, trebuie să indicăm castrația ovariană și tratamentul clasic prin androgeni (testosteron, 25—50 mg zilnic). Androgenii la femeile în activitate sexuală dau în 20% din cazuri rezultate bune. La femeile în menopauză se utilizează mai ales estrogenii de sinteză (dietilstilbestrol sau exoestrol, cîte 15 mg/zi *per os*) ; cu estrogenii s-au înregistrat rezultate bune în 36% din cazuri.

În caz de rezistență la hormonoterapie se prescrie după caz suprarenalectomia, hipofizectomia sau distrucția hipofizară prin implantarea intraselară a unui izotop radioactiv (ytriu). Radioterapia nu se recomandă decît în cazul unei metastaze unice și bine localizate și atunci în doze forte.

În caz de cancer metastatic de origine prostatică, singurul tratament care se impune este reprezentat de estrogeni. Se începe cu doza de atac 75—100 mg/zi, micșorînd treptat pînă la 5—25 mg/zi. Rezultatele sînt bune ; în caz de eșec se schimbă preparatul, se asociază cortizonul, trecîndu-se la intervenții chirurgicale, vizînd oprirea activității suprarenalei și hipofizei prin suprarenalectomie și hipofizectomie. În metastazele osoase estrogenorezistente de la început se face radioterapie în doze masive, azotiperită și radioizotopi. Uneori se preferă castrarea.

Metastaze osoase, mai ales în coloana vertebrală, pot fi date și de alte neoplasme (tiroidiene, renale, gastrice, intestinale). Aici se impune diagnosticul precoce și tratamentul chirurgical care dă rezultatele cele mai bune ; radioterapia înregistrează uneori succese trecătoare. În boala Hodgkin și mai ales în seminom, radioterapia dă rezultate mult mai bune, dar trecătoare.

După de Sèze şi colab., în algiile de tip reumatismal, produse de cancerul osos metastatic de origine prostatică este necesar : tratamentul hormonal prin estrogeni ; cortizonoterapie în doze mari.

Este important să ştim de la început : dacă este vorba de o tumoare benignă sau malignă ; dacă sîntem în faţa unei tumori primitive sau metastaze ; dacă metastaza este unică sau multiplă ; să ne dăm seama de starea generală a bolnavului. Primul lucru în terapeutică vizează ameliorarea durerilor, al doilea tonificarea organismului, iar al treilea efectuarea unui tratament care să oprească, să provoace regresiunea sau distrugerea tumorii.

10. Manifestări reumatismale în boli de origine traumatică

Traumatismele pot provoca o artrită primară sau pot activa o artrită sau o artroză existentă. Prin traumatism, o artroză se agravează, îmbrăcînd forma de artrită traumatică. Artrita traumatică primară se produce după un accident sever, manifestîndu-se prin dureri, edem şi exsudat. Anumite ocupaţii sau sporturi pot produce leziuni articulare sau periarticulare (bursite, tendinite localizate la umăr, şold, genunchi etc.). Prima leziune este sinovita cu exsudat hemoragic (hemartroza). Printre afecţiunile de natură traumatică amintim : sindromul Pellegrini-Stieda, boala Tietze, osteocondrita disecantă, boala scafandrierilor, tendosinovitele prin microtraumatisme, boala de Quervain, sindromul tunelului carpian, fractura Colles, chisturile poplitee etc. Chiar P.C.E. şi S.A. într-o proporţie pînă la 10% sînt de natură traumatică.

La muncitorii care lucrează cu aer comprimat sau cu maşini vibratoare, microtraumatismele pot da naştere la artrite traumatice. Este cunoscută *artroza hiperostozantă a cotului* de natură profesională, provocată de trepidaţiile şi microtraumatismele repetate ale ciocanelor pneumatice, întîlnite mai ales la curăţătorii de lingouri din turnătorii şi la nituitorii din fabricile de locomotive. Aceste artroze profesionale ale cotului sînt însoţite de dureri, parestezii, tulburări de sensibilitate şi tulburări circulatorii. La muncitorii care lucrează cu ciocane pneumatice întîlnim dureri în degete, dureri la nivelul antebraţelor şi regiunii interscapulare ; uneori, degetele se pot atrofia.

Noi am întîlnit algodistrofii ale membrelor superioare şi inferioare provocate de diferite traumatisme. Majoritatea lombosciaticelor sînt datorite deteriorării discului intervertebral prin

macro- şi microtraumatisme. Microtraumatismele pot produce şi dureri în pumn cu iradieri în coloana cervico-dorsală.

Uneori, medicii se găsesc în faţa unei probleme foarte dificil de rezolvat : se poate ca un reumatism să fie consecinţa unui



Fig. 47. — Sindrom Kümel—Verneuil.

traumatism ? Pentru aceasta se cer 4 condiţii : diagnosticul precis de reumatism ; atingerea reumatismală trebuie să fie la nivelul traumatismului ; reumatismul trebuie să apară într-un interval relativ scurt, nedepăşind mai mult de 3 luni de la traumatism ; absenţa oricărei atingeri reumatismale anterioare traumatismului. În general, în afară de factorul traumatic, ia parte şi facto-

rul postural, umiditatea, căldura excesivă şi diferenţa de temperatură.

În artrita traumatică poate să apară un exsudat articular seros, serofibrinos sau sanguin. Cu timpul, o artrită traumatică ia înfăţişarea unei artroze. Cîteodată se formează în articulaţiile traumatizate corpi străini, care produc contracturi musculare, cracmente la mişcări şi mobilitate redusă. După entorse la glezne, genunchi, pumni se formează o artroză sau un sindrom Sudeck. Traumatismele pe coloana vertebrală dau discartroze, spondilolistezis şi sindromul Kümel-Verneuil.



Fig. 48. — Artroză posttraumatică a piciorului.

Tratamentul constă în repaus, infiltraţii cu novocaină, medicaţie antiinflamatoare, şi băi în piscine, 3—4 săptămîni după traumatism. Ca fizioterapie se recomandă ionizări cu clorură de calciu, infraroşii şi mişcări la început numai pasive şi mult mai tîrziu active.

Artrozele posttraumatice pot evolua fie spre osteonecroză fie spre osteocondromatoză, cu formarea de corpi străini intraarticulari.

Artroza posttraumatică propriu-zisă este benignă şi puţin dureroasă. La nivelul articulaţiilor mici ale piciorului, ea apare într-o proporţie de 10—12% după microtraumatisme, la nivelul genunchiului în 14%, iar la şold în 15% din cazuri.

Halux valgus este o artroză posttraumatică profesională a dansatorilor, care apare frecvent la cei care stau mult în picioare sau merg, mai ales la femeile obeze.

11. Manifestări de tip reumatismal în afecțiunile digestive

În cadrul bolilor asociate ne-a preocupat de mai mulți ani legătura între tulburările digestive și reumatism. Publicațiile noastre anterioare au arătat că diferitele afecțiuni reumatismale pot da manifestări digestive.

Reumatismul Bouillaud-Sokolski poate să lezeze ficatul. Probele funcționale hepatice pot să rămînă pozitive timp îndelungat, chiar după dispariția procesului reumatismal. Gubergritz, studiind funcția ficatului și a pancreasului în boala Bouillaud-Sokolski, a găsit semne de insuficiență hepatică. De asemenea am constatat leziuni hepato-biliare de diferite grade în P.C.E., S.A., reumatismul extraarticular și chiar în artroze.

Manifestările de tip reumatismal ale aparatului locomotor în cadrul diferitelor afecțiuni hepato-biliare au constituit obiectul studiilor noastre de mult timp. Printre afecțiunile hepato-biliare cu manifestări reumatismale ale aparatului locomotor menționăm următoarele :

— artropatii infecțioase biliare datorite angiocolecistitelor litiazice și nelitiazice, putînd să îmbrace forme algice generalizate, sub forma de poliartrită cronică secundară ; în aceste cazuri caracteristică este coexistența puseului algic reumatismal cu cel biliar ; algiile reumatismale în general durează timp mai îndelungat decît algiile hepato-biliare ;

— artropatiile coloidoclazice, legate de funcția proteopexică a ficatului, provoacă în anumite afecțiuni (urticarie, migrenă, edem Quincke) artralgii și artropatii proteinice, însoțite de insuficiență hepatică ;

— algiile musculare și articulare din perioada prodromală a hepatitei epidemice, din hepatita de origine parazitară, din hepatita care însoțește uneori colita ulceroasă și din gută.

Noi am observat insuficiența hepatică într-o proporție de 30% la gutoșii cu manifestări de tip reumatismal. De asemenea am remarcat manifestări reumatismale în litiaza biliară cu oxalemie și probele funcționale hepatice pozitive. Am îngrijit și publicat cazuri de xantomatoză hipercolesterolemică familială sau secundară, cu manifestări reumatismale.

Este important pentru reumatolog şi internist să cunoască legătura dintre diferitele afecţiuni reumatismale şi hepato-biliare, pentru a face un tratament axat pe cele două grupe de afecţiuni.

În ceea ce priveşte relaţiile dintre reumatism şi celelalte afecţiuni digestive amintim : afecţiunile reumatismale de origine digestivă şi manifestări digestive întîlnite în diferite afecţiuni reumatismale.

a) Printre manifestările reumatismale, avînd ca punct de plecare tubul digestiv, amintim : reumatismul postdizenteric, colibacilar, după infecţiile cu salmonele, *Escherichia coli*, sindromul Fiessinger-Reiter, poliartrita din colita ulceroasă şi din boala Whipple. Tratamentul acestui grup de afecţiuni trebuie să fie dirijat în primul rînd spre terapia digestivă şi secundar spre terapia antireumatismală.

b) Al doilea grup este constituit de manifestările digestive observate în diferite afecţiuni reumatismale ca : boala Bouillaud-Sokolski, P.C.E., colagenoze. Terapeutica în aceste cazuri trebuie să fie axată în primul rînd pe etiologia reumatismală şi în mod secundar să vizeze manifestările digestive.

Trebuie să fim foarte prudenţi la fixarea diagnosticului, căci uneori afecţiunile de tip reumatismal ale coloanei vertebrale pot să dea tulburări digestive. Astfel, spina bifida poate să simuleze afecţiuni ale tubului digestiv, spondilolistezisul L_5 poate să simuleze un dolicomegacolon, iar spondiloza şi discopatia pot să provoace simptome pseudoveziculare, rectocolice sau sfincteriene. Tulburările digestive nu sînt proporţionale cu leziunile vertebrale ; manifestări minime ale coloanei vertebrale pot să simuleze simptome digestive serioase, care se ameliorează numai după un tratament al afecţiunii vertebrale. De asemenea, afecţiunile gastro-intestinale (ulcer duodenal, colite etc.) pot să dea dureri în coloana vertebrală. Trebuie să facem un diagnostic precis pentru a administra un tratament adecvat.

12. Manifestări de tip reumatismal în afecţiunile pleuro-pulmonare

Cînd un bolnav prezintă manifestări de tip reumatismal, concomitent cu o afecţiune pleuropulmonară, trebuie să clarificăm ce legătură este între cele două afecţiuni : afecţiunile reumatismale (Bouillaud-Sokolski, P.C.E., S.A.) pot să dea manifestări pulmonare ; anumite afecţiuni pulmonare pot să dea manifestări de tip reumatismal (cancerul pulmonar — care poate

fi însoţit de o osteoartropatie hipertrofiantă pneumică —, sarcoidoza pulmonară şi sindromul Colinet-Caplan) ; afecţiunile reumatismale se asociază cu afecţiuni pleuropulmonare.

a) *Osteoartropatia hipertrofiantă pneumonică,* descrisă de Pierre Marie, se caracterizează prin degete hipocratice şi hipertrofia acromegalică a extremităţilor, tulburări neuro-vegetative şi periostoze. Artropatia este de obicei o poliartrită subacută sau cronică, care apare sau singură sau însoţită de degete hipocratice şi extremităţi acromegaloide ; este simetrică, localizată la pumni, glezne, genunchi, simulînd uneori P.C.E. Durerile sînt spontane, cîteodată uşoare, alteori accentuate. Articulaţiile sînt inflamate, calde şi roşii. La radiografie, interlinia articulară este intactă ; nu există decalcificare ; totdeauna există periostoză. Corticoterapia şi ACTH dau rezultate temporare. Extirparea neoplasmului pulmonar face să dispară durerile articulare după cîteva ore. Rolul important aici îl are sistemul neuro-vegetativ.

b) *Sarcoidoza pulmonară* se caracterizează prin adenopatie hilară, poliartrită, eritem nodos şi prezenţa de noduli pulmonari. Poliartrita este benignă, fugace, în general nu lasă sechele, simulînd boala Bouillaud-Sokolski. Caracteristic este prinderea gleznelor cu edem periarticular, dureri şi rigiditate matinală. Există febră, V.S.H. este mărită, rezistă la tratamentul cu salicilaţi şi hormoni corticoizi. Eritemul nodos apare la picioare ; nu găsim cardită, nici splenomegalie. Găsim hiperglobulinemie, mai ales α_2 şi γ, şi testul Kveim pozitiv. În cazuri de infiltrate pulmonare persistente se administrează Prednison. Prognosticul este bun.

c) *Sindromul Colinet-Caplan* este o asociere, de pneumoconioză cu poliartrită reumatoidă. Se observă la mineri în mine de cărbuni, la cei care lucrează cu azbest, la turnători şi la curăţătorii de cazane. La radiografia plămînului găsim focare rotunde, opace, care apar brusc şi evoluează rapid. Aceşti noduli preced de obicei poliartrita, care apare în puseuri, cu localizări mai ales în glezne şi umeri ; predomină la bărbaţi şi are în general o evoluţie benignă. Afecţiunea pulmonară este familială, nodulii pulmonari par să fie rezultatul unui conflict antigen-anticorp, iar sindromul Caplan o boală autoimună.

Afecţiunea nu reacţionează la tratament antituberculos, dar reacţionează la antibiotice şi la ACTH.

Afecţiunile reumatismale (Bouillaud-Sokolski, P.C.E., S.A., artroze, reumatism extraarticular) în decursul evoluţiei lor se pot asocia cu diferite afecţiuni pleuropulmonare acute sau cronice : congestii pulmonare, pleurezii, pneumonii, bronşiectazii şi tuberculoză pulmonară. O boală asociată agravează afecţiunea primară. Terapeutica este eficace în cazul în care se tratează ambele boli.

13. Relațiile dintre afecțiunile reumatismale și cardiopatii

Frecvent întîlnim manifestări reumatismale asociate cu leziuni cardiace. Trebuie să precizăm ce legătură există între aceste două afecțiuni. În expunerea noastră nu vom discuta reumatismul Bouillaud-Sokolski în care, mai ales la copii, cardiopatia este sindromul principal. Vom discuta P.C.E., S.A., reumatismele secundare, reumatismele degenerative, guta și colagenozele.

La necropsia celor cu *P.C.E.* s-au găsit după unii autori, leziuni cardiace cu caracter inflamator în 13—66% din cazuri. Este vorba de endo-, mio- și pericardite. Clinicienii au găsit leziuni cardiace în timpul vieții numai într-o proporție de 3—7%. Bywaters și colab. au găsit în inimă un granulom, asemănător cu nodulii subcutanați ; acest granulom prezenta o zonă centrală necrotică, o zonă de celule reticulo-endoteliale, aranjate în palisadă și o zonă inflamatoare reactivă periferică. El este considerat de acești autori ca o leziune specifică reumatoidă. Autorii francezi nu fac nici o legătură între P.C.E. și boala Bouillaud-Sokolski. Cazurile din P.C.E. cu leziuni valvulare sînt socotite de ei ca două afecțiuni asociate întîmplător. Se citează că 25% din decesele bolnavilor de P.C.E. se datoresc cardiopatiilor ; totuși trebuie să precizăm că acestea sînt în majoritatea cazurilor de origine arterială (insuficiență coronariană, infarct miocardic, hipertensiune arterială etc.) ; P.C.E. avînd o evoluție de lungă durată, bolnavii pot face una din aceste boli.

În *S.A.* s-au găsit leziuni valvulare aortice cu distrucția țesutului elastic. Este caracteristică pentru S.A. insuficiența aortică, asociată cu tulburări de conducere atrioventriculară. Boala mitrală se întîlnește mai rar. Fiecare al cincilea bolnav de S.A. are o leziune cardiacă, mai frecvent aortică, mai ales în formele periferice. Endocardita determină leziuni definitive ; pericardita și tulburările de conducere pot regresa prin tratament.

Reumatismul secundar poate să se asocieze cu leziuni miocardice, care regresează o dată cu tratamentul afecțiunii de bază.

Reumatismul degenerativ se poate asocia cu hipertensiunea arterială, angina de piept, infarctul miocardic și insuficiența coronariană. Artroza cervicală are o legătură strînsă cu coronarita, dînd blocajul dureros al umărului (periartrita scapulo-humerală cronică sau algodistrofia reflexă), asociat cu insuficiența coronariană. Există uneori spondiloză cervicală la cei cu dureri anginoase, iar alteori o nevralgie cervico-brahială poate să se însoțească de o iradiere precordială, simulînd angina de piept. Trebuie să tratăm totdeauna ambele boli, deoarece angina de

piept se asociază adesea cu spondiloza cervico-dorsală. După şcoala lioneză, 25% dintre anginele pectorale sînt asociate cu spondiloza cervicodorsală ; uneori, vertebroterapia dă rezultate bune.

Umărul blocat se întîlneşte frecvent după infarctul miocardic.

Leziuni cardiace găsim şi în *colagenoze :* L.E.D. (asociat cu o leziunie endopericardică dă boala Liebmann-Sachs), sclerodermie şi periarterită nodoasă. În periarterita nodoasă întîlnim frecvent hipertensiune arterială, iar în sclerodermie, scleroză coronariană.

În *artropatia gutoasă* întîlnim adesea o coronarită cronică, o ateroscleroză precoce, o hipertensiune arterială sau un infarct miocardic.

14. Relaţiile dintre afecţiunile reumatismale şi nefropatii

În bolile reumatismale întîlnim adesea manifestări renale şi, invers, în nefropatii putem întîlni manifestări de tip reumatismal.

Am amintit anterior că în bolile reumatismale (boala B.-S., P.C.E., S.A.) şi în colagenoze, rinichiul poate să fie interesat. Lezarea rinichiului se întîlneşte în special în colagenoze. Astfel, cele mai frecvente şi mai grave manifestări renale se întîlnesc în periarterita nodoasă ; nefropatia din această boală, prezentă în 70—80% din cazuri, conduce la insuficienţă renală cu hipertensiune arterială malignă şi uremie.

În artroze şi spondiloze, leziunile renale sînt relativ rare, nefiind în legătură cu boala.

În ceea ce priveşte nefropatiile din osteoartropatii (care simulează manifestările reumatismale) precizăm că în mielomul multiplu (boala Kahler), nefropatiile sînt complicaţii frecvente. Nefropatia de obicei apare după leziunea osoasă. S-au comunicat totuşi cazuri, în care albuminuria masivă sau uremia au constituit primul simptom al bolii. Nefropatia aici se traduce prin 4 aspecte : albuminurie discretă, masivă, sindrom nefrotic şi insuficienţă renală. Rinichii în boala Kahler sînt mari, cu corticala edemaţiată şi albă, iar microscopic se constată o tubulopatie, glomerulii rămînînd intacţi.

La nefritici, osul are înfăţişarea osteomalacică, adică este acoperit de o masă osteoidă, avidă de calciu. Lipsit de calciu exogen, ţesutul osteoid şi paratiroidele se hipertrofiază. Rinichiul reacţionează nu numai prin lipsa infiltrării glomerulare, dar şi prin resorbţia mărită a calciului prin tubii renali.

Durata vieţii la gutoşi depinde de leziunile renale ; aici suferinţa renală o întîlnim în 50% din cazuri, avînd o evoluţie lentă. Primul semn de suferinţă renală este albuminuria, pe care o observăm după Talbot într-o proporţie de 29%. Litiaza urică este o complicaţie frecventă a gutei.

Rinichiul gutos este un rinichi scleros, care dă hipertensiune arterială. Insuficienţa renală apare aici după vîrsta de 50 de ani, mai ales la cei cu tofi. Incapacitatea de a concentra urina este primul semn de insuficienţă renală la gutoşi ; hiperazotemia este moderată.

Statistica noastră ne-a arătat că la 503 bolnavi cu diferite afecţiuni reumatismale am găsit în 4% din cazuri litiază renală, iar la 103 litiazici am găsit în 27% din cazuri artroze.

Concluzia noastră este că, în terapeutica afecţiunilor reumatismale, trebuie să ţinem cont şi de leziunile renale, care pot agrava afecţiunea reumatismală, ca şi starea generală a bolnavului.

La copiii cu insuficienţă renală congenitală (hipoplazie) se dezvoltă osteodistrofie, asociată uneori cu nanism renal. La radiografiile osoase găsim osteită fibroasă chistică generalizată cu leziuni în cartilajul epifizar ; această formă este denumită rahitism renal.

15. Relaţiile dintre afecţiunile reumatismale şi parareumatismale şi bolile oculare

În *boala Bouillaud-Sokolski* se citează foarte rar sclerite, irite şi iridociclite.

În *P.C.E.* întîlnim : sindromul Gougerot-Sjögren (keratite, keratoconjunctivite uscate), sclerite, episclerite, mai rar uveite. O atingere gravă în P.C.E. este scleromalacia perforantă.

În *S.A.*, complicaţiile oculare pot ajunge în cursul evoluţiei bolii, după Lenoch, pînă la 29% ; mai des întîlnim iritele şi iridociclitele cu diferitele lor forme.

În *sindromul uretro-oculo-sinovial,* descris de Fiessinger-Leroy-Reiter, conjunctivita este manifestarea cea mai frecventă, care se vindecă în general după 15 zile ; mai găsim iridociclite, mai rar keratite, care se vindecă uşor.

În cadrul *sindromului Still* întîlnim iridociclită şi keratită în bandeletă ; cataracta este o complicaţie tardivă a iridociclitei.

În *L.E.D.* putem întîlni o retinită septică cu exsudat retinian şi mici hemoragii.

Periarterita nodoasă poate să dea tromboze arteriale parţiale sau totale retiniene ; mai rar uveite şi sclerite.

Boala Horton sau arterita temporală se însoţeşte de leziuni retiniene arteriale, în special tromboze, care constituie uneori debutul în această boală.

Sclerodermia se complică adesea cu cataracta.

Guta se poate complica cu conjunctivite, keratite, iridociclite.

Artrozele cervicale anterioare se complică rar cu sindromul Claude Bernard-Horner, iar cele posterioare cu sindrom Barré-Liéou (în care găsim fatigabilitate oculară, fotofobie şi puncte negre oculare). Anumite cazuri de glaucom, nevrite optice şi paralizii oculomotorii sînt atribuite artrozelor cervicale ; după unii autori, tratamentul spondilozei ar ameliora afecţiunile amintite.

Din cele de mai sus se vede legătura dintre afecţiunile reumatismale şi diferite boli oculare. Tratamentul trebuie să se adreseze atît afecţiunii reumatismale, cît şi manifestărilor oculare.

16. Relaţiile dintre afecţiunile reumatismale şi bolile oto-rino-laringologice

Există o legătură între afecţiunile oto-rino-laringologice şi diferitele manifestări reumatismale. *Capsula osoasă a labirintului* este un os de origine cartilaginoasă, făcînd parte din osul pietros. Se admite că procesul osteospongios se dezvoltă din vestigiile acestui cartilaj embrionar inclus în capsula osoasă a labirintului. Atingerea articulaţiei vestibulare este o manifestare de tip reumatismal, dezvoltîndu-se la nivelul lamelor osoase. Aici ia naştere un proces congestiv şi osul se rarefiază luînd un aspect spongios. Mai tîrziu apare faza de reconstrucţie. Osteospongioza este cauza cea mai frecventă a atingerii articulaţiei vestibulare.

Leziunile articulaţiei crico-aritenoidiene pot recunoaşte o etiologie reumatismală. Ele determină disfonie, dureri la deglutiţie şi la presiunea pe os.

De asemenea, leziunile osteo-articulare pot să dea manifestări oto-rino-laringologice. Astfel, spondiloza cervicală poate da tulburări vestibulare, stări vertiginoase luînd aspectul de sindrom Menière. Acest tablou clinic este cunoscut sub numele de sindrom Barré—Liéou, cu dureri cervico-brahiale permanente şi cu exacerbări.

Artrozele cervicale pot da şi parestezii faringo-laringiene.

Uneori, *focare infecţioase oto-rino-laringiene* pot să se complice cu manifestări articulare ; putem să avem spondilite şi

spondilodiscite în cursul supuraţiilor de origine otică, sau amigdaliană.

Anumite afecţiuni oto-rino-laringologice produc manifestări osteo-articulare, care simulează manifestările reumatismale. Astfel, obstrucţiile nazale prelungite pot genera, la copil, deformaţii cranio-faciale ; sinuzitele cronice etmoidale sau frontale dau reacţii periostale, alergia nazo-sinuzală provoacă alteraţii osoase, iar ozena şi rinita cronică atrofică determină tulburări osoase etc. Uneori, chiar radium- şi radioterapia din sfera laringologică poate da osteolaringonecroza, cu un prognostic sumbru ; durerile aici sînt violente, dînd uneori tasarea corpilor vertebrali cervicali.

17. Relaţiile dintre afecţiunile reumatismale şi bolile stomatologice

Relaţia dintre reumatism şi infecţia dentară este de mult cunoscută. Granuloamele sau micile abcese de la rădăcina dinţilor, prin intermediul filetelor nervoase, pot transmite, după Slauck, infecţia în lichidul rahidian, dînd leziuni în măduvă ; la rîndul lor, acestea au repercusiuni asupra capilarelor sanguine, ţesutului conjunctiv, muşchilor şi articulaţiilor, producînd manifestări reumatismale de natură focală. Cele mai periculoase sînt infecţiile din pulpa dentară moartă de sub coroană, deoarece neavînd nici vascularizaţie, nici nervi aceasta nu doare şi nu are mijloace de a opri infecţia.

Cariile dentare, supuraţiile alveolare, dinţii de sub coroane şi dinţii care şi-au schimbat culoarea sînt totdeauna suspecţi de o infecţie de focar.

În diagnosticul unui granulom dentar, în afara semnelor clinice, examenul radiografic este indispensabil. Am văzut numeroase cazuri de manifestări de tip reumatismal, care s-au ameliorat după asanarea focarelor dentare.

Unele manifestări osteo-articulare dureroase, care simulează manifestările reumatismale din regiunea buco-dentară şi cranio-facială, sînt produse şi prin *localizarea bolii Paget* în această regiune. La radiografie, structura osoasă dă aspectul floconos caracteristic, cu remanieri structurale ale maxilarului superior ; aici dinţii au implantaţii anarhice. Hipertrofia osului maxilar superior constituie unul din criteriile fundamentale ale bolii Paget. Regiunea maxilară poate să fie sediul diferitelor tumori. *Ameloblastoamele* sau adamentinoamele sînt tumori disembrioplazice, îmbrăcînd două forme : forma solidă şi forma polichistică.

Este necesar să cunoaştem rolul infecţiei de focar şi localizările tumorale din regiunea buco-faringiană, pentru a da o conduită terapeutică adecvată.

18. Relaţiile dintre manifestările reumatismale şi bolile ginecologice

De multe ori, reumatologul trebuie să clarifice anumite dureri în sfera genitală. Vom discuta unele din aceste manifestări dureroase :

— după o infecţie streptococică a uterului (naştere, chiuretaj) se dezvoltă frecvent o metrită, care se vindecă numai relativ ; aceasta este o metrită reumatismală, care se poate manifesta clinic prin dureri în hipogastru. Aceste dureri sînt însoţite frecvent şi de artralgii, mialgii şi nevralgii ;

— uneori, ligamentele sacro-uterine se inflamează, indurîndu-se, producînd lombalgii şi sacralgii ; de asemenea, infecţiile ginecologice pot să inflameze articulaţiile sacroiliace, producînd sacroileite ;

— parametrita, mai ales cea atrofică, provoacă frecvent prin iritaţia plexului sacral o sciatică secundară, care se poate agrava în timpul sarcinii sau din cauza stazei venoase din micul bazin ;

— în timpul menstruaţiei, la femei tinere între 30 şi 40 de ani, s-au observat poliartrite uşoare cu febră, cu durata de cîteva zile. S-au mai observat în timpul menstruaţiei mialgii ale coapsei, spatelui şi cefei, probabil din cauza tulburărilor circulatorii şi anoxemiei locale.

Vom aminti în cîteva cuvinte despre sarcină şi afecţiunile osteo-articulare care simulează manifestările reumatismale. Acestea se pot influenţa reciproc. În primul rînd, anumite afecţiuni din timpul sarcinii determină la copil tulburările de creştere osoasă (nanism, acondroplazie, rahitism, deformaţii ale bazinului, luxaţii congenitale ale şoldului, deformaţii ale coloanei vertebrale). În al doilea rînd, sarcina poate influenţa afecţiunile osteo-articulare. Sarcina are un efect bun în fibrozita primară, hidartroza intermitentă şi artropatia psoriazică. În P.C.E., ameliorarea începe la sfîrşitul primei luni de sarcină şi se termină la o lună după naştere. În al treilea rînd, în timpul sarcinii putem întîlni aşa-numitul sindrom dureros abdomino-pelvian benign al gravidelor. Putem, de asemenea, observa algii osteo-articulare şi ligamentare în timpul sarcinii, manifestate prin artralgii sacro-iliace, coccigodinii, algii plantare, crampe musculare, nevralgii cervico-brahiale, acroparestezii ale membrelor superioare, algodistrofii, dorsalgii, lombosciatice.

19. Manifestări de tip reumatismal în gerontologie

La bătrînețe, osul suferă totdeauna un proces de osteoporoză, care în majoritatea cazurilor este combinată cu osteomalacie (osteoporomalacie). Există osteoporoza presenilă, senilă și de involuție, legate de tulburări ale metabolismului calciului. La bătrîni întîlnim regulat hipercalciurie și hipoosteidoză. Calcemia și fosforemia sînt normale, fosfaturia este mărită, iar fosfatazele alcaline sînt scăzute. La oamenii în vîrstă găsim totdeauna în afară de osteoporoză și o insuficiență de absorbție a calciului din intestin. Osteoporoza presenilă și senilă sînt mai frecvente la femei în menopauză, dînd adesea dureri intense, impotență funcțională și uneori fracturi spontane, localizate mai ales pe coloana lombară și pelvis. Osteoporomalacia se prezintă frecvent clinic ca o spondiloză dureroasă. Ateromatoza, alterațiile pancreasului, insuficiența vitaminică și insuficiența paratiroidiană contribuie de asemenea la leziunile osoase ale bătrînilor. La bolnavii care suferă de artroze întîlnim adesea hipercolesterolemie și tulburări în metabolismul lipidelor în sensul hiperlipemiei. *Osteoporoza de involuție* este o simplă atrofie osoasă, fără disfuncții endocrine și dismetabolice. Clinic, osteoporoza presenilă (după 45 de ani) și senilă (după 60 de ani) se manifestă prin dureri de spate și imposibilitatea de a sta mult în picioare.

Fragilitatea scheletului la oameni în vîrstă deci nu este legată numai de alterația tramei organice, ci și de insuficiența de absorbție intestinală a calciului. Ca tratament se dă : vitamina D, hormoni gonadici (testosteron, estrogeni, Dianabol) și calciu ; se completează prin masaj și kineziterapie făcută cu prudență.

20. Manifestări reumatismale în procesul muncii

Numeroase afecțiuni osteo-articulare întîlnite în întreprinderi îmbracă un aspect particular, în ceea ce privește apariția, evoluția și formele clinice. Nu trebuie deci să excludem influența unor noxe, legate de caracterul procesului tehnologic sau de microclimat. Considerăm că este necesar să cunoaștem profilaxia reumatismului la locul de muncă. Patologia zisă profesională a aparatului locomotor reiese din trei etiologii : infecțioasă, toxică și fizică.

Tuberculoza osteo-articulară sau vertebrală poate să fie legată de locul de muncă în comun ; infecțiile, răceala sau un

traumatism predispun la aceasta. Anumite intoxicaţii cu arsenic, mercur, cadmiu şi bismut pot să dea artralgii sau mialgii.

Afecţiunile profesionale de origine fizică pot da dureri prin agresiuni intrinseci şi extrinseci.

În agresiunile intrinseci, rolul atitudinii corpului în muncă este binecunoscut ; durerile musculare, crampele, lombalgiile şi dorsalgiile apar frecvent în raport cu poziţia în muncă.

Printre tulburările provocate de factori extrinseci cităm : lombalgiile datorite staticii prelungite, care dau sindromul Baastrup ; bursitele şi aponevrozitele în artrozele cotului la mînuitorii de ciocane pneumatice etc.

Profilaxia la locul de muncă se face evitînd noxele reumatogene, microtraumatismele şi poziţiile de supraîncordare în diferite profesiuni.

De la început trebuie să accentuăm că nu există diferenţe fundamentale între leziunile aparatului locomotor de origine profesională şi neprofesională.

Trebuie evitate poziţiile vicioase şi eforturile de suprasolicitare, care pot afecta aparatul locomotor.

Este important examenul la angajarea muncitorilor, examenul periodic şi îndrumarea profesională în legătură cu poziţia fiziologică în munca profesională.

Capacitatea de muncă nu depinde de perfecţiunea anatomică a individului, ci de posibilitatea lui de a exercita munca în mod cît mai corect.

Subliniem că nu munca în sine determină boala, ci condiţiile de muncă şi de viaţă nefavorabile, care trebuie să fie cunoscute de muncitori.

Noi ne-am ocupat special de noxele reumatogene din industria de construcţii, industria textilă, metalurgică şi minieră. După vîrsta de 45 de ani este greu să spunem cît revine factorului profesional sau extraprofesional în declanşarea unui proces reumatismal degenerativ.

Automatizarea proceselor de muncă, îndepărtarea cît mai radicală a factorilor nocivi de microclimat, examinarea periodică, schimbarea prin rotaţie a locului de muncă, asanarea focarelor de infecţie, dispensarizarea şi tratarea fiziobalneoterapică a muncitorului bolnav constituie numai cîteva din metodele care au scăzut morbiditatea la locul de muncă în ţara noastră.

Хронический ревматизм в медицинской практике

И. Стоя и Г. Стоя

Первая глава книги содержит данные относительно патологической анатомии и патофизиологии локомоторного аппарата, после чего следует глава, посвященная комплексному лечению ревматических заболеваний вообще. Содержание остальных глав излагается согласно официальной классификации предложенной Комиссией для изучения ревматических и ревматического типа заболеваний при Академии РНР и Министерстве здравоохранения и социального обеспечения РНР. В эту классификацию, которая сходна с классификацией Международной лиги по борьбе с ревматизмом, включаются:

I. Ревматические заболевания: болезнь Буйо-Сокольского; вторичный ревматизм, обусловленный определенными причинами; ревматоидный полиартрит; анкилозирующий спондилит; ревматизм с дегенеративными явлениями (артрозы, спондилозы и внесуставной ревматизм воспалительного или дегенеративного характера (миалгии, тендиниты, тендосиновиты, периартриты и невралгии, а также и невриты).

II. Явления ревматического типа при других заболеваниях.

Каждый из этих разделов имеет два подраздела: а) в первом описываются наблюдающиеся клинические формы, причем для каждой из них приводятся краткие истории болезни с изложением клинического и терапевтического подхода, которого должен придерживаться лечащий врач; б) во втором подразделе перечисляются ревматические заболевания, сочетающиеся с различными другими болезнями, как это достаточно часто наблюдается в клинике. Эти сочетания также иллюстрируются соответствующими краткими историями болезни, с указанием наиболее рационалного терапевтического подхода.

Ревматические заболевания описываются в форме, которая наблюдается врачом у постели больного, так как лечению подлежит *не ревматическое заболевание, а больной ревматизмом.*

Достаточно часто сочетание ревматизма с другими заболеваниями играет важную роль в картине начальных явлений, в развитии заболевания и клинической его формы, а также и в связи с появлением рецидивов: от примененного врачом в этих случаях комплексного лечения зависит прогноз заболевания.

В каждом случае ревматического заболевания должны быть уточнены: диагноз, клиническая форма и стадия болезни. Если, например, у больного отмечаются заболевания со стороны печени—пищеварительного тракта, следует уточнить идет ли речь о печеночно-пищеварительной форме ревматического заболевания, об осложнении, появившемся при

ревматической болезни или же о присоединившемся заболевании. В каждом случае лечение должно быть индивидуализировано.

Зачастую у больного ревматизмом одновременно может существовать другое присоединившееся заболевание, которое, в свою очередь, может вызывать явления ревматического типа. В таких случаях весьма важно уточнить, чем обусловливаются ревматические явления: ревматической болезнью или же присоединившимся заболеванием.

При болезни Буйо, в качестве сочетанных заболеваний, могут встречаться: холецистит, эпидемический гепатит, острые или хронические заболевания легких или же половых органов, инфекционные заболевания и т.д.

И. Стоя и сотр. в исследовании, охватившем 604 случая хронического прогрессирующего полиартрита, установили в 46,4 % случаев его сочетание с другими заболеваниями, среди которых наибольший процент дали очаговые инфекции (72 %), являющиеся наиболее частым фактором, обусловливающим новые приступы развития хронического полиартита. В 26 % случаев, у лиц в возрасте свыше 60 лет, хронический прогрессирующий полиартрит может появиться у больных артрозами. В связи с соотношениями между хроническим прогрессирующим полиартритом и артрозами, могут наблюдаться 3 клинические формы:

а) артрозные формы хронического прогрессирующего полиартрита;

б) артрозы, сочетающиеся с хроническим прогрессирующим полиартритом и

в) артрозы, со временем превращающиеся в хронический прогрессирующий полиартрит: за возможность последней формы существуют клинические, биологические и рентгенологические доказательства.

Сочетание: сердечное заболевание — хронический прогрессирующий полиартрит наблюдается в 5,3 % случаев; в 76 % случаев сочетания с поражениями сердечных клапанов, хроническому прогрессирующему полиартриту предшествовали клинические, биологические и электрокардиографические начальные признаки болезни Буйо.

В 9,2 % случаев хронический прогрессирующий полиартрит сочетается с заболеваниями пищеварительного тракта и его добавочных желез.

Некоторые авторы наблюдали в 9,1 % случаев сочетания хронического прогрессирующего полиартрита с заболеваниями дыхательного аппарата, а в 6,4 % случаев — с заболеваниями мочеполового аппарата. Хронический прогрессирующий полиартрит в сочетании с нейропсихическими заболеваниями был отмечен в 3,4 % случаев, а в сочетании с псориазом — в 3—5 % случаев. Хронический прогрессирующий полиартрит может также сочетаться с подагрой, артериальной гипертонией, болезнью Педжета и т.д.

Ревматизм дегенеративного типа не ухудшает течения хронического прогрессирующего полиартрита, а наоборот, — он обусловливает более медленное его развитие, с менее выраженной инвалидностью.

Анкилозирующий спондилит может сочетаться с нижеследующими заболеваниями: язвенный колит, псориаз, спондилоз, язвенная болезнь, диабет, фиброз легких, артериальная гипертония, туберкулез легких, хронический прогрессирующий полиартрит, саркоидоз, коллагенные заболевания, болезнь Шейерманна; анемии при анкилозирующем спондилите могут быть обусловлены его осложнениями, наличием присоединившихся заболеваний или последствиями рентгенотерапии.

Дегенеративного характера заболевания суставов (артрозы, спондилозы) могут сочетаться с нижеследующими болезнями: сирингомиелия, периартит лопаточно-плечевого сустава, нейромиалгии, невриты, невралгии, ишиас, болезнь Дюпюитрена, артериальная гипертония, диа-

бет, ожирение, подарга, болезнь Педжета, эндокринные заболевания, болезни крови, псориаз экзема, опоясывающий лишай, варикозный синдром, воспалительные ревматические заболевания (болезнь Буйо-Сокольского — хронический прогрессирующий полиартрит; вторичный ревматизм), психопатии, коронариты, инфаркт миокарда, эпилепсия, ризомелический полиартрит, нервная астения, гемофилия, спинная сухотка, синдром плечо-рука и т.д).

Внесуставной ревматизм воспалительного и дегенеративного характера может сочетаться с различными заболеваниями. Так, например, периартрит лопаточно-плечевого сустава может сочетаться с коронаритом, сирингомиелией, гемиплегией, инфарктом миокарда, эпилепсией, а болезнь Дюпюитрена может сочетаться с циррозом печени, уплотнением полового члена (болезнь Пейрони), с психопатиями.

Роль рикеттсий и парарикеттсий в связи с активированием артрозов и спондилозов была доказана исследованиями, осуществленными И. Стоя и Д. Марин в сотрудничестве с Бухарестским инфрамикробиологическим институтом — акад. Ш. С. Николау, П. Атанасиу, К.С. Сурдан, Б. Анагносте, Г. Попеску, И. Штефанеску.

В последней части книги описываются явления ревматического типа, наблюдающиеся при других болезнях: аллергозах, коллагенозах, расстройствах обменных процессов, эндокринопатиях, (псориазе, системных болезнях и болезнях крови, нейрологических заболеваниях, остеохондропатиях, злокачественных опухолях, при заболеваниях травматического происхождения, психического происхождения и. д.

Авторы в различных отечественных и зарубежных журналах опубликовали осуществленные ими многочисленные исследования относительно соотношений, существующих между ревматизмом и пищеварительными расстройствами, между ревматизмом и печеночно-пищеварительными болезнями, между ревматизмом и мочекаменной болезнью, между ревматизмом и гинекологическими заболеваниями и т.д.

Почти все ревматические заболевания локаливуются не только на уровне локомоторного аппарата, но также и в других органах и системах.

Только установив все эти обстоятельства, врач может применить комплексное, правильное и полное лечение с хорошими результатами.

Оригинальность настоящей работы, предлагаемой вниманию читателей, состоит в том, что авторы в своем изложении прежде всего имеют в виду больного, а не наблюдающееся у него ревматическое заболевание, принимая во внимание сочетанные болезни, а также и ревматические явления, наблюдающиеся при других заболеваниях. Следует подчеркнуть, что изложение каждой главы иллюстрируется многочисленными клиническими примерами.

Chronic rheumatism in medical practice

by I. Stoia and H. Stoia

The paper begins with the chapter of pathological anatomy and physiopathology of the locomotor apparatus folowed by the complex therapy of the rheumatic affections. The other chapters are exposed in accordance with the official classification of the rheumatic and rheumatic type diseases, exposed from the Comission of the Rumanian Academy and the Ministry of Health, which is similar to the classification of the International Ligue against rheumatism, including :

1) Rheumatic diseases : the Rheumatic fever, secondary rheumatism due to known cause, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis degenerative rheumatism (arthroses, spondyloses) and non-articular rheumatism of inflammatory or degenerative character (myalgias, tendinitis, tendosynovitis, periarthritis, neuritis and neuralgias.

2) Manifestations of rheumatic type in other diseases. Each of these chapters includes two sub-chapters : a) on dealing with the clinical forms, each form exemplified by brief case reports, pointing out the clinical and therapeutic measures to be taken by the physician ; b) the second includes the rheumatic diseases associated with various other affections, meeted frequently in clinics ; these associations are also exemplified by case reports, showing the most reasonable therapeutic methods to be used.

The present paper expose the rheumatic affections, which the physician is meeting every day, when examining the patient : ***we don't treat rheumatic diseases, but rheumatic peoples.***

The quite frequent association of rheumatic with other diseases plays an important rôle in the debut, evolution and determination of the clinical forms, as well as in recurrences ; the prognosis of the rheumatic patient depends from the complex therapeutic measures.

The examination of the rheumatic patient must state precisely the diagnosis, the clinical form and the stage of the affection. If the patient shows f.ex. hepatic-digestive manifestations, the physician must note, if there is a matter of hepatic-digestive form of the rheumatic diseases, or of an associated disease. In every case the therapy must by individualized.

A rheumatic patient can often have concomitantly an associated disease, which can give rheumatic manifestations too. It is important to decide, if the rheumatic manifestations are symptoms of a rheumatic disease, or of an associated disease.

In Rheumatic fever one can meet associated diseases, as : cholecystitis, epidemic hepatitis, acute or chronic pulmonary affections, genital affections, infections diseases a.s.o.

I. Stoia and co-workers in a study performed on 604 cases of rheumatoid arthritis recorded the association of rheumatoid arthritis (R.A.) with other diseases in 46,4 p.c. of cases. Out of the associated diseases, the largest percentage is taken up by focal infections (72 p.c.) ; the recurrences of R.A. are frequently due to them. After the age of 60, one meet arthroses converted into R.A. in 26 p.c. As for the relationship between R.A. and arthroses, three clinical patterns can be set down :

a) arthrosic forms of R.A. ; b) arthroses associated with R.A. and c) arthroses converted into R.A. ; there are clinical, biological and radiological signs of this last form.

The cardiac diseases are associated with R.A. in 5,3 p.c. ; in 76 p.c. of cases associated with valvulopathies, R.A. has been preceded by clinical, biological and electrocardiographical signs of Rheumatic fever.

In 9.2 p.c. of cases, R.A. is associated with affections of the digestive system and anexed glands.

The authors met pulmonary diseases associated with R.A. in 9,1 p.c. and urogenital affections in 6,4 p.c. ; R.A. has been met associated with psychogenic diseases in 3,4 p.c. of cases, with psoriasis in 3—5 p.c. ; R.A. can be also associated with : gout, hypertension, Paget's disease a.s.o.

The associated degenerative rheumatism don't worsen the evolution of R.A., on the contrary, be makes the evolution slowlier and less crippling.

The ankylosing spondylitis can be associated with ulcerative colitis, diabetes mellitus, pulmonary fibrosis, hypertension, psoriasis, spondylosis, peptic ulcers, pulmonary tuberculosis, R.A., sarcoidosis, collagen diseases, Scheuermann's disease ; the anemias in ankylosing spondylitis can be the expression of some complication, some associated disease, or a sequel of radiotherapy.

The degenerative joint diseases (arthroses, spondyloses) can be associated with syringomyelia, humeroscapular periarthritis, neuromyalgias, neuritis, diabetes, obesity, gout, Paget's disease, endocrinopathies, blood dyscrasias, psoriasis, eczemas, herpes zoster, varicous syndrom, inflamatory rheumatism (Rheumatic fever, R. A., secondary rheumatism), psyhopathies, coronary insufficiency, myocardial infarction, epilepsy, rhizomelic polyarthritis, nervous asthenia, hemophilia, tabes dorsales, shoulder-hand syndrom a.s.o.

The non-articular rheumatism of inflamatory and degenerative character can be associated with various diseases : the periarthritis humeroscapular can be associated with syringomyelia, with coronaritis, hemiplegia, myocardial infarction, epilepsy ; Dupuytren's disease with hepatic cirrhosis, penis induration (Peyronie's disease), with psychopathies.

The part played by rickettsias and pararickettsias in stirring up the arthroses and spondyloses has been proved by I. Stoia and D. Marin, in co-operation with the Institute of Inframicrobiology (Acad. Prof. St. Nicolau).

The final part of the paper presents the manifestations of rheumatic type in other diseases ; in allergosis, collagen diseases, metabolic

disorders, endocrinopathies, psoriasis, in blood dyscrasias, in neurologic diseases, osteochondropathies, neoplasms, in diseases of traumatic or psychic origin a.s.o.

The authors published in various home and foreign journals several studies, concerning the relationship between rheumatism and gastrointestinal disturbances, rheumatism and hepatic-digestive diseases, rheumatism and renal lithiasis, rheumatism and gynecological offections a.s.o. Almost all rheumatic affections are localized not only at the level of the locomotor apparatus, but in other organs and systems also.

This work concerns firstly the rheumatic patient — not the rheumatic disease, taking into account the associated diseases and the rheumatic manifestations in other diseases.

Redactor responsabil : dr. OPRIAN OVIDIU
Tehnoredactor : GHIŢĂ VASILE

Dat la cules : 18.09.1964. Bun de tipar : 30.12.1964. Apărut : 1965. Tiraj : 2000 ex. broşate + 2170. ex. legate. Hîrtie : velină ilustraţii de 80 g/m², 610×860/16. Coli editoriale : 18,87. Coli de tipar : 17,25. A. : 13735/1964. C.Z. pentru bibliotecile mari : 616—002—77. C.Z. pentru bibliotecile mici : 616—002—72.

Intreprinderea poligrafică „Informaţia"
str. Brezoianu 23—25 Bucureşti R.P.R.,
comanda 3810

4